This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Annales de dermatologie et de syphiligraphie

Société française de dermatologie et de syphiligraphie

Digitized by Google

No.

BOSTON

MEDICAL LIBRARY,

19 BOYLSTON PLACE.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Digitized by Google

Digitized by Google

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

DEUXIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM.

ERNEST BESNIER
Médecin de l'hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie de médecine.

A. DOYON
Médecin inspecteur des eaux d'Uriage,
Correspondant de l'Académie de médecine.

A. FOURNIER
Professeur à la Faculté de médecine
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

P. HORTELOUP
Chirurgien de l'hôpital du Midi,
Secrétaire général de la Société de chirurgie.

Secrétaire de la rédaction :
Dr P. MERKLEN

TOME IV. — 1883

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

MDCCCLXXXIII

Digitized by Google

BOSTON MEDICAL
JUN 14 1897
LIBRARY.

1680

CATALOGUED
JUN 14 1897
E. H. B.

Digitized by Google

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

DEUXIÈME SÉRIE

BOSTON MEDICAL LIBRARY JUN 4 1907

4205

TRAVAUX ORIGINAUX

MÉMOIRES

I

DES MANIFESTATIONS CUTANÉES DU PALUDISME[1],

par le Professeur **A. VERNEUIL** et le Dr **P. MERKLEN.**

II. — DE L'URTICAIRE PALUDIQUE.

L'urticaire est de toutes les dermatoses celle qui semble le plus étroitement liée au paludisme. M. Léon Colin, qui n'admet point les nombreuses variétés de fièvres larvées adoptées par les auteurs, fait exception pour deux formes : les névralgies, et l'urticaire. Non pas quand cette éruption coïncide avec le paroxysme fébrile, ce qui est le cas le plus commun, mais lorsqu'elle apparaît isolément et uniquement accompagnée d'une sensation de brûlure superficielle (2).

Les rapports de l'urticaire avec la fièvre intermittente sont, du reste, généralement admis. Le fait, dit Bazin, n'avait point échappé à Lorry, qui

(1) Voyez *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1882, p. 625.

(2) L. Colin. Traité des Fièvres intermittentes, p. 194.

Digitized by Google

l'exprime en ces termes : « Nec rarum est in febribus intermittentibus omnes paroxysmos a papularum eruptione incipere quæ postea defervescente paroxysmo et in sudores abeunte disparent omnino, donec recrudescat novus paroxysmus, quod quidem symptoma in intermittentibus non periculum, sed diuturnitatem, ob perspirabilis materiæ crassatiem et moram præsagit. » (1)

Nepple avait souvent observé l'urticaire dans le cours de l'accès : « Elle paraît, dit-il, dans le deuxième stade, décline dans le troisième, et cesse complètement dans l'apyrexie. Lorsque la fièvre est rémittente, l'éruption ne s'efface qu'incomplètement pendant la rémittence. » (2)

Des renseignements plus explicites se trouvent dans l'ouvrage de Beringuier : « Il est, dit cet auteur, une complication sur laquelle les classiques n'ont pas insisté et qui réclame une médication particulière avant l'administration des anti-périodiques. C'est une variété d'urticaire qui accompagne en certaines années la fièvre intermittente. Tantôt l'éruption plus ou moins prurigineuse apparaît pendant le stade de chaleur et se dissipe avec lui. Tantôt l'urticaire est isolée et sans fièvre, mais avec retours périodiques, revenant tous les soirs sans frissons ni chaleur fébrile, persistant huit ou dix jours et se terminant par l'œdème des jambes ou l'anasarque générale. Il y a alors langue large et grisâtre, teinte jaune paille des affections telluriques, urines épaisses et verdâtres, démangeaisons généralement peu prononcées, plaques cutanées toujours un peu jaunâtres et comme cuivrées. L'urticaire se montre sous l'influence de certaines constitutions médicales, dans les saisons et années où les fièvres intermittentes sont nombreuses : elle peut masquer une affection viscérale. L'urticaire est due le plus souvent à une complication bilieuse, et c'est ici le cas de dire que l'état dans lequel se trouve l'organisme au moment où le sujet est pris de fièvre intermittente en modifie singulièrement la forme et les symptômes. » (3)

Ce passage est très important en ce qu'il rattache l'urticaire non point directement à la fièvre intermittente, mais à une constitution saisonnière ou à un état bilieux du sujet, existant au moment de l'attaque fébrile. Cela semblerait indiquer que le paludisme ne crée point les dermatoses, mais en favorise seulement l'apparition chez les sujets prédisposés.

Avant de passer à l'étude des caractères habituels de l'urticaire paludique, nous devons encore reproduire l'opinion plus récente de M. Vallin

(1) Lorry. Trait. de morb, cutan., p. 214. — Cité par Bazin. Affections génériques de la peau, t. II, p. 35.

(2) Nepple. *Essai sur les fièvres rémittentes et intermittentes des pays marécageux*, p. 233, en note.

(3) Beringuier. Traité des fièvres émittentes et intermittentes, p. 111.

Digitized by Google

sur la fréquence et la signification de cette éruption : « L'urticaire est un épiphénomène que nous avons rencontré assez fréquemment en Algérie chez les fébricitants. L'éruption ortiée, d'ordinaire très confluente, apparaissait à la période de chaleur, persistait plusieurs heures encore après la fin de la sueur, pour disparaître et revenir le lendemain ou le surlendemain avec le nouvel accès ; nous l'avons vu reparaître trois fois de suite, en tierce, malgré le sulfate de quinine. Ce sont, sans doute, des troubles du système vaso-moteur, des paralysies des capillaires de la peau, en un mot des phénomènes de même ordre que la chair de poule et le frisson, mais en sens inverse. Ces accidents accompagnent d'ordinaire des accès très intenses, et, sans être l'indice d'accès pernicieux, ils doivent provoquer une intervention prompte et active par le sulfate de quinine. Dans un cas, nous avons vu un accès très violent accompagné d'urticaire être suivi d'une paralysie incomplète et d'une distorsion légère de la face, encore manifeste au bout de 25 jours. » (1)

Ces quelques lignes résumeraient toute la question de l'urticaire paludique : caractères, marche, pathogénie, s'il y était fait mention de l'urticaire survenant comme une sorte de fièvre larvée, en dehors des accès fébriles. C'est là un point controversé, et qui réclame une discussion d'autant plus sérieuse que la plus grande confusion règne dans les anciens auteurs sur la nature des diverses formes d'urticaire intermittente. Il est donc nécessaire d'envisager séparément l'urticaire qui accompagne les accès de fièvre intermittente et les éruptions ortiées survenant chez les paludiques en dehors de ces accès.

A) Urticaire accompagnant les accès de fièvre intermittente.

Les citations qui précèdent, utiles à reproduire à titre de pièces à conviction, nous dispensent d'insister longuement sur les caractères de l'éruption ortiée contemporaine des accès. A vrai dire, elle ne présente rien de caractéristique et ne se distingue pas de l'urticaire commune : « C'est dans le fait même de sa solidarité avec l'accès, dit Bazin, que réside véritablement le seul caractère qui appartienne en propre à l'urticaire fébrile ou symptomatique. »

L'éruption plus ou moins intense, plus ou moins confluente et généralisée, se montre habituellement au moment du stade de chaleur et cesse pendant l'apyrexie. Bien que signalée par tous les auteurs, sa fréquence ne paraît pas aussi grande que celle de l'herpès. Les chiffres manquent

(1) Griesinger. Maladies infectieuses. — Traduction française, par Vallin, note du traducteur, page 58.

Digitized by Google

pour la déterminer et les observations sont peu nombreuses; cela tient sans doute à ce que l'on ne publie que les cas où l'éruption est tellement intense et prédominante qu'elle masque les autres phénomènes de l'accès, et que l'on ne signale qu'en passant les poussées légères, d'ailleurs très communes dans la maladie.

Quelques faits intéressants se dégagent des observations publiées. Tout d'abord, il y a lieu de remarquer qu'un malade atteint d'urticaire lors d'un accès de fièvre intermittente est exposé à voir l'éruption se reproduire à chaque nouvel accès, sans doute comme conséquence d'une sorte de tendance de l'organisme à réagir toujours de la même manière sous l'influence de la même cause morbide; le poison paludique n'agit pas autrement que les substances médicamenteuses ou les aliments qui déterminent invariablement chez certains individus des poussées d'urticaire ou quelque autre éruption (1).

Zeissl a rapporté l'histoire d'une femme de 25 ans, prise à un troisième accès de fièvre tierce d'une démangeaison de tout le tégument externe avec papules d'urticaire, dont quelques-unes atteignaient la grosseur d'un œuf de pigeon, occupant le tronc et les extrémités des membres du côté de l'extension et de la flexion. L'éruption disparut pendant l'apyrexie, mais quatorze nouveaux accès de fièvre tierce furent tous accompagnés d'urticaire. La malade n'en avait jamais eu avant et n'en a plus eu après (2).

Des observations semblables, bien que moins concluantes en raison du moins grand nombre d'accès, se trouvent çà et là, toujours remarquables par cette particularité que l'urticaire reparaît avec chaque accès. Il nous suffira de reproduire les suivantes (3) :

Fièvre intermittente tierce avec urticaire.

Cuisinière, 37 ans, tempérament nervoso-sanguin; un matin, légers frissons

(1) C'est le lieu de rappeler que le sulfate de quinine appartient à la catégorie de ces médicaments, ainsi que le prouve l'observation suivante rapportée par King : Femme de 22 ans, atteinte de fièvre intermittente, est prise, deux heures après l'administration de 30 centigrammes de sulfate de quinine, de gonflement de la face et du cou, avec dyspnée, angoisse précordiale, gonflement des amygdales, dysphagie, étouffement, vertige, dilatation des pupilles, fréquence du pouls, céphalalgie, agitation, *démangeaisons sur tout le corps*, *éruption d'urticaire*, et œdème sous-cutané. Disparition des accidents le même jour; desquamation de l'épiderme le deuxième jour. Le père et la mère de la malade présentaient cette même idiosyncrasie à l'égard du sulfate de quinine (*Philad. med. Times*, 1879, résumé dans *Vierteljahrressch. für Dermatologie* 1879, p. 370.

(2) Zeissl. Ueber Urticaria intermittens (*Allgem. Wiener medic. Zeitung*, 1878. — Analyse dans *Viertelj. f. Dermat.* 1879, p. 621.)

(3) La plupart des observations anciennes sont incomplètes; l'étiologie précise et l'état de la rate n'y sont pas mentionnés. Les caractères des accès fébriles, leurs trois stades, leur intermittence et leur périodicité, en attestent néanmoins la nature paludique.

Digitized by Google

avec refroidissement des extrémités, picotements très vifs dans les membres, chaleur et douleur épigastrique avec envies de vomir, puis éruption généralisée qui disparaît assez rapidement.

Ces symptômes se reproduisent le surlendemain à la même heure et se dissipent de la même manière. Mais le 22 juillet 1818, ils acquièrent une très grande intensité ; visage pâle et décomposé, yeux ternes et abattus, face grippée. La malade paraît en proie à des souffrances inouïes, et pousse des cris et des gémissements ; nausées fréquentes avec légers vomissements bilieux ; douleur épigastrique. Toute la peau, et particulièrement celle des cuisses, du ventre et des lombes, est recouverte d'une foule de petits boutons ou phlyctènes à peu près semblables à ceux qui résulteraient d'une forte urtication. On croit d'abord à un empoisonnement ou à une violente indigestion ; divers moyens anodins amènent du calme ; à midi la malade dort, le soir tout est rentré dans l'ordre, l'éruption a disparu.

Le 24 et le 26, nouveaux accès aussi violents que les précédents. Administration du quinquina. Guérison (1).

Il s'agissait dans ce cas d'une fièvre tierce avec urticaire ; l'éruption s'est reproduite avec les cinq accès fébriles, tellement prépondérante qu'on a pu croire à un empoisonnement ou à une indigestion, et que, seule, la périodicité en a révélé la vraie nature.

L'observation qui suit est fort analogue.

Fièvre intermittente tierce avec urticaire.

Cordonnier, 30 ans, bilieux et pléthorique, pris d'un léger accès de fièvre avec traces d'éruption pustuleuse. Saignée.

Le lendemain, à la même heure, malaise inexplicable, anxiété terrible, envies de vomir, démangeaisons très vives sur tout le corps, puis comme dans le premier accès, éruption d'ampoules semblables à celles que l'on voit quand *on s'est ortié*. Pouls plein, tendu, signes manifestes de saburre. Nouvelle saignée, vomitif, évacuations abondantes. La fièvre disparaît au bout de huit heures ; une sueur considérable dissipe l'éruption.

Le lendemain se passe assez bien.

Le jour suivant, à la même heure, fièvre avec démangeaisons et ampoules, les unes larges et très grosses, les autres petites, rougissant par le grattage ; elles disparaissent avec la fièvre. Remèdes délayants et quinquina. L'accès suivant ne se produit pas.

L'auteur dit avoir vu le même cas au mois de juillet suivant, 1760 (2).

Les observations suivantes sont également très concluantes :

Fièvre intermittente tierce avec urticaire, puis conjonctivite.

J. V., ouvrier serrurier, âgé de 20 ans, est pris le 22 avril 1764, à la suite de fatigues corporelles exagérées et de quelques excès de boisson, d'une fièvre vive suivie de sueur. Le 23, l'amélioration est telle qu'il peut jouer avec ses camarades. Le 24, répétition du premier accès fébrile avec céphalée, toux, dyspnée, etc. A partir de ce moment, retour de la fièvre avec sueur tous les deux jours. Le 27 avril, pendant le paroxysme, et au milieu du stade de

(1) Bourgeois. *Journal général de médecine*, 1819, t. LXVI, p. 145.
(2) Planchon. *Journal de médecine*, 1762, t. XVII, p. 75.

Digitized by Google

chaleur, apparition d'un exanthème semblable à une éruption d'urticaire. Le 29, dans la nuit, insomnie, prurit général, toux, chaleur, éruption d'urticaire très nette. Après une bonne sueur, disparition de l'exanthème. Le 30, nuit bonne, toux moins fréquente; vers le soir, apyrexie. Le 1er mai, nuit sans sommeil, chaleur ardente avec nouvelle poussée d'urticaire, expectoration difficile, disparition de l'exanthème vers une heure de l'après-midi. Le 3 mai, nouvel accès fébrile avec ses trois stades, de froid, de chaleur et de sueur. Inflammation de l'œil droit (probablement conjonctivite) (1). Écorce de quinquina du Pérou. Nouvel accès le 5. A partir de ce moment, apyrexie et bientôt guérison (2).

Fièvre intermittente tierce avec urticaire.

J. M., tisseur, 29 ans, a contracté les fièvres intermittentes en Italie pendant son service militaire. A cette époque, il a été traité par l'écorce de quinquina.

Le 15 juin 1804, il est repris d'accès fébrile suivi de sueur.

Le 16, pas de fièvre.

Le 17, nouvel accès avec vomissements, douleurs abdominales et éruption prurigineuse d'urticaire. Le paroxysme se termine par la sueur.

Le 18 au matin, pas de fièvre. Vers le soir, fièvre vive durant toute la nuit, et après la sueur, nouvelle poussée d'urticaire.

Le 20, apyrexie.

Le 21, nouvel accès fébrile, mais plus léger, sans vomissement et sans urticaire. A ce moment, le malade entre à l'hôpital; il est soumis au traitement par l'écorce de quinquina.

Aucun nouvel accès ne se produit (3).

Fièvre urticaire. Antécédents paludéens très nets. Guérison par le sulfate de quinine et le sulfate neutre d'atropine.

Mlle B..., 22 ans, soignée depuis plusieurs mois pour des manifestations hystériques multiples, me fait demander pour des accès fébriles accompagnés d'urticaire.

Mlle B..., après avoir habité pendant plusieurs années Constantinople, s'est fixée à Arès, près de Bordeaux, pays marécageux, où, paraît-il, les habitants sont fréquemment atteints de fièvres intermittentes. Pendant ce séjour, elle eut une fièvre typhoïde. Quelques mois après, elle était prise de fièvre intermittente avec des transpirations très abondantes. Déjà à cette époque, plusieurs accès s'étaient accompagnés d'urticaire. Le sulfate de quinine fut donné sans grand résultat; la fièvre intermittente persistait et l'anémie paludéenne devenant tous les jours plus profonde, Mlle B..., vint habiter les environs de Paris.

Après une période d'amélioration, les accès fébriles apparaissent de nou-

(1) Koch signale dans la fièvre ortiée l'ophthalmie qui se produit après la disparition de l'exanthème (Note de J.-P. Frank.) Dans le cas présent, la conjonctivite paraît s'être montrée à titre de manifestation paludique, comme l'herpès ou l'urticaire (Koch. *De febre urticata. Lipsiæ*, 1792, p. 14.)

(2) J.-P. Frank. Interpretationes clinicæ observationum selectorum, p. 400 (*Tubingæ*, 1812.)

(3) J.-P. Frank. *Loc. cit.*, p. 413.

Digitized by Google

veau, suivis d'une transpiration tellement abondante que chaque jour on est obligé de renouveler la literie.

Le sulfate de quinine la débarrasse de ces fièvres; mais un état d'anémie extrême persiste. C'est dans ces conditions qu'elle est prise des premiers accidents hystériques (toux nerveuse, aphonie, paraplégie, etc.), pour lesquels nous lui donnons nos soins depuis plusieurs mois.

Le 20 novembre 1882, vers 3 heures de l'après-midi, Mlle B... éprouve du malaise, est frissonnante; un léger mouvement fébrile apparaît accompagné d'une éruption d'urticaire sur la face et sur les cuisses. Dans la nuit, tout malaise disparaît et l'urticaire également.

Le 21 novembre, la matinée est bonne, il n'y a, ni malaise, ni urticaire; mais vers 4 heures, Mlle B... est de nouveau prise de malaise, d'un sentiment de chaleur assez marqué; puis de nouvelles poussées d'urticaire apparaissent sur les bras et sur les cuisses. Sulfate de quinine, 60 centigrammes; sulfate neutre d'atropine, 1 milligramme.

Le 22 novembre, même malaise dans l'après-midi, mais sans chaleur; peu d'urticaire. Sulfate de quinine, 60 centigrammes; sulfate d'atropine, 1 milligramme; le traitement est continué pendant trois jours. A partir du second, disparition complète des accidents (1).

En même temps que cette répétition de l'éruption ortiée à chaque accès fébrile, on remarquera la gravité tout au moins apparente des phénomènes. Les auteurs signalent l'anxiété extrême, la douleur épigastrique, les nausées et les vomissements, etc., symptômes appartenant en propre aux premiers stades de l'accès fébrile, mais qui paraissent avoir atteint ici leur summum d'intensité (2). Est-ce l'effet d'un empoisonnement plus violent, ou le résultat de la susceptibilité propre aux malades atteints? Il faut d'autant plus le rechercher que certains auteurs anciens ont considéré l'urticaire comme l'apanage des accès de fièvre pernicieuse. Telle est l'opinion de Golfin qui rapporte l'observation suivante :

Fièvre intermittente tierce avec urticaire.

O., 38 ans, bilioso-sanguin, très irritable, agriculteur sur le bord d'un marais, souffrait depuis 5 à 6 jours d'une diminution de l'appétit avec langue sale, bouche mauvaise, éructations, lorsque, le 10 août 1807, après un violent orage, se déclara une affection catarrhale.

Le 15, pendant une course à pied, frissons vagues et céphalalgie, langueur, accablement. O... prend le lit; bientôt grand froid durant deux heures, puis chaleur intense et avec elle rougeur de la peau, pustules très élevées, d'abord discrètes, puis confluentes en beaucoup de points et présentant la même forme que celles que produisent les piqûres d'orties; cuisson et prurit très violent; l'éruption ne disparaît entièrement qu'avec une sueur très abondante.

(1) Observation due à l'obligeance du Dr Charles Leroux.

(2) Y aurait-il dans ces cas urticaire interne donnant lieu à ces phénomènes aussi graves que fugaces, signalés par M. Gueneau de Mussy, dans ses observations sur les *endermoses?* (*Voir* Kaposi, traduct. française, t. I, note de la page 395.)

Digitized by Google

L'accès dure douze heures, après quoi la peau reprend sa couleur et son poli naturels.

Comme la présence de matières saburrales bilieuses était démontrée à un très haut degré par la couleur de la face, l'état de la langue, les nausées, la pesanteur de l'épigastre, etc., on administre un émétique. Le malade se lève dans l'après-midi, et paraît très gai.

Le surlendemain, l'accès revient avec violence ; frissons irréguliers, céphalalgie intense, vomissements bilieux, froid universel qui dure trois heures; puis chaleur considérable, peau d'un rouge vif, se couvrant de pustules grosses, dures au toucher, confluentes, plus nombreuses que dans le deuxième accès. Cuisson insupportable. Le malade s'arrache la peau avec les ongles, crie, s'agite, se dit dans un foyer ardent ; pouls petit, fréquent, inégal ; respiration pénible, œil égaré, surdité. L'amendement ne vient que le lendemain matin à 10 heures. La moiteur et les sueurs s'établissent, l'éruption et les autres symptômes se dissipent ; à 7 heures du soir, apyrexie complète.

Golfin, considérant l'éruption ortiée comme un symptôme très grave cachant une fièvre pernicieuse, se hâte de recourir au quinquina. La nuit suivante fut sans sommeil, mais tranquille. Les accès ne revinrent pas et le malade fut bientôt guéri (1).

L'observation suivante peut à plus juste titre être considérée comme un cas de fièvre pernicieuse.

Fièvre pernicieuse avec urticaire.

V., 17 ans, menuisier, prend un bain dans le Tibre le 28 juillet. Aussitôt fièvre avec frissons et sueurs abondantes. Douleur de tête, soif, bouche amère, vomissements.

Retour de la fièvre le 29.

Le 30, fièvre violente, soif, angoisses, douleurs de ventre. A peine le froid de ce troisième accès commençait-t-il à cesser qu'il parut sur tout le corps une éruption de larges boutons saillants et prurigineux.

Malgré le sulfate de quinine et le quinquina en poudre, l'accès du 31 enleva le malade (2).

De ces deux observations, la première, malgré la violence des phénomènes nerveux, ne saurait être rangée parmi les fièvres pernicieuses, et la seconde ne constitue qu'un fait isolé ; d'autres cas prouvant d'ailleurs que l'éruption ortiée peut accompagner des accès légers, il semble qu'au point de vue du pronostic, il n'y a rien à tirer d'une poussée d'urticaire au moment des accès fébriles.

Il est plus rationnel de rechercher la cause de cette éruption dans l'état constitutionnel du malade. Mais il est assez difficile de dire quels sont les sujets prédisposés, car les faits manquent, ou sont trop peu explicites pour qu'il soit permis d'en tirer des conclusions. Dans quel-

(1) Golfin. *Recueil périodique de Sédillot*, t. LV, page 145.

(2) Bailly. Traité anatomo-pathologique des fièvres intermittentes simples et pernicieuses, p. 203.

Digitized by Google

ques cas, on parle de « sujet pléthorique », de « tempérament nervoso-sanguin » ; renseignements beaucoup trop vagues. L'état diathésique antérieur des malades est mieux caractérisé dans les deux observations suivantes :

Fièvre intermittente suivie d'urticaire chez un goutteux.

Homme, 55 ans, tempérament bilieux, atteint depuis quelque temps d'une douleur aiguë du péricrâne, jugé goutteux quoiqu'il n'eût pas encore eu de paroxysme de goutte, ce qui arriva dans la suite.

Le 29 juin, 40e jour environ d'une attaque régulière de goutte aux pieds, le malade fut pris d'un violent accès de fièvre, précédé de froid, avec douleurs aux pieds et aux poignets.

Le 30, calme parfait.

Le 1er juillet, accès comme le précédent, durant environ 12 heures.

Purgatif, le 2.

Le 3, nouvel accès.

Du 4 au 11, arséniate de soude. L'accès du 9 n'eut pas lieu, et, avec lui, disparurent tous les symptômes concomitants de la fièvre.

Dans les nuits du 8 et du 9, au milieu d'une douce sueur, se montra sur le dos, aux fesses et aux cuisses, une éruption en forme d'élevures, avec un prurit, qui disparut le matin, puis, dans le jour, un resserrement à la gorge qui dura quelques heures.

Le 10 et les jours suivants, convalescence pleine et entière, à part quelques légères douleurs au pouce du pied droit, reste de la goutte, et qui bientôt cessèrent à la suite d'une sueur qui continua pendant plusieurs jours, plus abondante qu'auparavant.

Le malade a joui depuis lors d'une bonne santé (1).

On voit ici l'urticaire survenir après les accès fébriles déjà enrayés par le traitement arsénical, comme ces éruptions d'herpès qui se produisent chez les paludiques quand les accès de fièvre ont été coupés par le sulfate de quinine; l'apparition d'accès de fièvre intermittente à forme tierce chez un malade en pleine attaque de goutte est également digne de remarque.

Dans l'observation qui suit, il s'agit d'un eczémateux, prédisposé par là aux manifestations cutanées.

Fièvre tierce avec urticaire chez un jeune homme atteint à plusieurs reprises d'eczéma.

D. R..., étudiant en médecine, 23 ans, constitution débile; a été sujet, pendant trois années consécutives, aux exanthèmes du jeune âge, souvent terminés par squames.

En juin 1805, il eut, pendant quinze jours, une maladie tout à fait semblable à celle qui suit.

(1) F. E. Fodéré. Recherches sur la nature des fièvres à périodes, 1810, p. 100.

Digitized by Google

Le 31 janvier 1806, accès de fièvre suivi de sueurs abondantes et de lipothymie.

Le 2 février au matin, anxiété et froid, puis douleur de tête, nausées et vomissements. Une chaleur générale et intense de tout le corps succéda au froid, et bientôt la peau se couvrit de papules d'abord distinctes, bientôt confluentes et semblables à celles qu'on détermine par l'urtication. Cette éruption était accompagnée d'une anxiété extrême, de jactitation, d'une pâleur mortelle et d'une grande prostration. Le malade entra dans cet état à l'hôpital. Après un moment de séjour au lit, des démangeaisons violentes se produisirent sur toutes les parties du corps.

Bain, boissons stimulantes.

Au bout de quelques heures, le malade accusa une amélioration très notable; dans la soirée et le lendemain, il pouvait se croire guéri. Mais le 4 février, au matin, un nouveau paroxysme se produisit, cette fois sans frisson, ni céphalalgie, ni prurit, avec une éruption purement papuleuse et non confluente, mais encore avec anxiété, agitation et faiblesse extrême.

Le 6 février, avant minuit, nouvel accès plus court et moins intense. L'exanthème fugace n'occupa que les extrémités, mais les phénomènes généraux furent aussi marqués.

La nature périodique de la maladie étant désormais incontestable, le malade fut soumis au traitement par l'écorce de quinquina, et n'eut pas de nouvel accès (1).

Sans pousser plus loin, faute d'éléments, la recherche des antécédents morbides des malades atteints d'urticaire au moment des accès de fièvre intermittente, il y a lieu de mettre en relief l'association de cette forme de l'urticaire paludique avec quelques phénomènes nerveux rares dépendant des nerfs moteurs.

Dans la note reproduite plus haut, M. Vallin parle d'un accès de fièvre très violent, accompagné d'urticaire, qui fut suivi d'une paralysie incomplète et d'une distorsion légère de la face, encore manifeste au bout de 25 jours. Un fait du même genre est signalé par M. Sorel (2).

Un hussard, observé à l'hôpital de Sétif, fut atteint, à l'occasion d'un retour de fièvre intermittente, d'un tic convulsif des muscles grands droits de l'abdomen, avec secousses rhythmiques du tronc et parole saccadée. Ce malade, examiné au moment de son entrée à l'hôpital, en pleine fièvre, présentait une urticaire dessinant des festons, surtout aux membres supérieurs et sur le côté droit de l'abdomen. L'éruption, du reste fugace, se déplaçait même pendant l'examen.

Ces deux faits, très curieux, n'autorisent aucune conclusion sur les relations de l'urticaire avec les troubles moteurs de l'impaludisme, mais il était bon néanmoins de signaler la coïncidence.

(1) J.-P. Frank. *Loc. cit.*, p. 407.

(2) Sorel. Observations de troubles nerveux insolites liés à la fièvre tellurique. (*Gazette hebdomadaire*, n° 21, 1880.)

Digitized by Google

B) Urticaire intermittente sans accès fébrile.

L'existence d'éruptions ortiées survenant sous forme d'accès réguliers, sans les phénomènes généraux caractéristiques de la fièvre intermittente paludique, et dépendant néanmoins de l'empoisonnement palustre, nous paraît difficilement contestable. Mais l'étude de cette urticaire intermittente touche aux questions les plus obscures et les plus contestées de la pathologie et de la dermatologie. Qu'une urticaire survenant sous forme de paroxysmes réguliers chez un paludique, après disparition des accès fébriles, puisse être considérée comme une fièvre larvée, rien de plus légitime; mais, peut-on rattacher au paludisme toute urticaire intermittente, en l'absence d'antécédents fébriles bien nets. L'intermittence qui se retrouve d'ailleurs à tous moments dans l'histoire des dermatoses, est, on le sait, une manière d'être de l'urticaire, qu'elle qu'en soit la cause, et surtout de celle qui revient avec une désespérante opiniâtreté chez certains arthritiques. D'autre part, il est avéré que le sulfate de quinine, médicament spécifique en apparence de l'urticaire paludique, réussit aussi bien dans d'autres variétés d'urticaire. Impossible donc d'utiliser pour la solution du problème le résultat thérapeutique, cette pierre de touche du diagnostic nosologique.

Pour bien poser les termes du problème, il suffirait de citer lesf aits les plus typiques et de reproduire l'opinion des auteurs. Malheureusement la plupart des dermatologistes se bornent à une simple mention. Dans le traité de Kaposi, on trouve cette unique phrase : « On a observé à plusieurs reprises l'urticaire avec intermittence ou avec la fièvre intermittente (*febris urticata intermittens* ou *intermittens sub forma urticariæ larvata*, Scorczewski, Zeissl, Neumann). » Les savants traducteurs de l'ouvrage n'ont rien ajouté à cette simple indication, et l'un d'eux, M. Ernest Besnier, après lecture des observations publiées sous le nom d'urticaire intermittente, ne croit pas possible d'en affirmer ou d'en contester la nature paludique. Quant à présent, il faut donc se borner à réunir les faits avec les commentaires qu'ils comportent.

Voici d'abord le résumé du mémoire de Skorczewski (1). L'auteur, après avoir donné quatre observations d'urticaire dans la fièvre intermittente, et passé en revue ce qui dans la littérature médicale a trait à ce sujet, arrive à cette conclusion : 1° qu'il existe des éruptions ortiées compliquant les accès de fièvre intermittente ; 2° que l'urticaire peut apparaître seule, à titre de fièvre larvée, chez les paludiques.

(1) Skorczewski. *Przeglad lokarski Krakow*, n° 24, 1876 analysé dans *Viertelj. f. Dermat.*, 1877, p. 244.

Digitized by Google

Comme exemple de cette forme de fièvre larvée, Völcker (1) a rapporté un fait intéressant d'urticaire revenant tous les deux jours au matin chez un soldat allemand, pendant l'occupation française. Après le troisième accès, l'auteur pensant à la fièvre intermittente, malgré l'absence de frisson et d'autres symptômes, prescrivit le sulfate de quinine et vit les accidents disparaître.

A rapprocher de ce cas l'observation suivante tirée de la thèse de Gaillard :

Urticaire intermittente guérie par le sulfate de quinine.

Rouge, 22 ans, soldat d'infanterie de marine, accusant des démangeaisons insupportables au niveau de l'articulation du coude, est envoyé à l'hôpital le 11 décembre comme atteint de prurigo. Le 12, au matin, mêmes symptômes, sans qu'on puisse trouver la moindre trace d'érythème ou de vésicules. Bain simple, demi-ration.

Le 13, les démangeaisons continuent, mais beaucoup plus fortes la nuit. Dès lors on soupçonne la présence d'une urticaire, et pensant qu'elle pouvait être due à quelque trouble de la digestion, on fait une prescription dans ce sens. Pendant trois jours le malade suit ce traitement sans soulagement. Les démangeaisons continuent avec exacerbation la nuit.

Le 15, à la visite de 3 heures du soir, le malade se plaint de malaise et de quelques frissons. On soupçonne dès lors une urticaire coïncidant avec de très légers accès de fièvre. A 8 heures du soir, le chirurgien de garde constate l'apparition de nombreuses plaques ortiées sur les deux avant-bras, et le malade accuse un sentiment de chaleur inaccoutumée sur tout le corps. La peau est moite, mais sans transpiration abondante.

Le lendemain, on fait prendre 80 centigrammes de sulfate de quinine aussitôt après la visite. Le soir, l'urticaire ne reparaît point et les démangeaisons cessent.

Le 17, même prescription.

Le 18, on donne seulement 50 centigrammes de sulfate de quinine.

Le 20, on supprime le médicament. Deux jours après, le malade sort parfaitement guéri (2).

Il est regrettable que les auteurs de ces observations n'aient pas signalé les antécédents de leurs malades au point de vue du paludisme (3).

(1) Völcker. *Deutsch. Zeitsch. f. p. Med.*, n° 45, 1878, analysé dans *Vierteljf. Dermat.*, 1879, p. 134.

(2) Ch. Gaillard. De la fièvre intermittente (*Thèse de Doctorat*, Paris, 1870.)

(3) Ce reproche ne peut être adressé à l'observation suivante que nous communique le Dr Charles Leroux :

Urticaire quotidienne chez un ancien paludique. Guérison par le sulfate de quinine.

32 ans, domestique, né à Saint-Eny (Manche), pays marécageux.

A 17 ans, fièvre intermittente tierce, bien caractérisée par les trois stades : frisson, chaleur, sueur. Le malade a été soumis à un traitement prolongé par le sulfate de quinine, la fièvre ayant fait plusieurs retours offensifs. Fièvre typhoïde pendant son service militaire.

Le malade, du reste vigoureux, vient me consulter pour une fièvre urti-

Digitized by Google

Cette lacune se retrouve malheureusement dans tous les faits du même genre, ce qui rend difficile toute conclusion précise. Aussi faut-il se borner à citer les cas qui paraissent dépendre de l'empoisonnement palustre, en attendant des observations complètes, avec antécédents et mention de l'état de la rate. Les faits qui précèdent sont, à la vérité, remarquables par la franche intermittence et l'influence très évidente de la médication quinique. Mais ces deux caractères appartiennent également à l'urticaire essentielle, pseudo-exanthématique ou arthritique, ce qui conduit à établir un parallèle entre les observations considérées par les auteurs comme des cas de fièvres larvées, et les observations données par d'autres médecins comme de simples urticaires intermittentes.

Voici deux cas dus à M. H. Bourdon (1) qui, dans un court préambule, fait une distinction entre *la fièvre intermittente avec urticaire* et *la fièvre urtiée-intermittente* : « entité morbide qui existe bien positivement, dit-il, et dont Cazenave a publié un remarquable exemple. »

Urticaires intermittentes apyrétiques guéries par le sulfate de quinine. Un jeune homme, n'ayant jamais eu de maladies de la peau ni de rhumatisme, n'ayant pris aucun des aliments ou des médicaments qui occasionnent souvent l'urticaire, vit cette affection apparaître sur les deux mains et les poignets trois jours de suite, à 7 heures 45 minutes du matin. L'accès qui durait environ une heure, avait chaque jour augmenté d'intensité: au troisième, dont je fus témoin, les élevures étaient très prononcées et accompagnées d'un gonflement tel, que les doigts éprouvaient une certaine difficulté à se fléchir; la chaleur de la peau était ardente et le prurit très caractérisé; l'éruption n'était accompagnée d'aucun trouble des fonctions, d'aucun malaise, d'aucun mouvement de fièvre. J'administrai 75 centigrammes de sulfate de quinine en trois doses.

Le lendemain, l'accès manque, il ne se fait aucune éruption aux mains. Le malade ressent seulement un peu de prurit sur les régions fessières; mais on n'y remarque aucune altération de la peau.

Je fais prendre la même dose de sel de quinine. Le surlendemain, l'accès n'est pas revenu. Je réduis à 0,50 la dose du médicament.

---

caire traitée depuis 4 mois par le sulfate d'atropine, les alcalins, etc., mais sans sulfate de quinine. Tous les jours il éprouve, à des heures variables, surtout le matin et dans la journée, des poussées d'urticaire à siège très variable. Souvent il ressent de petits malaises au moment de l'éruption, mais si peu marqués qu'il n'y a pas fait attention. A deux reprises, il a transpiré légèrement, mais cela ne s'est pas reproduit.

Guidé par les antécédents, je donne 0,80 centigrammes de sulfate de quinine pendant 3 jours, en supprimant toute autre médication.

Les poussées d'urticaire diminuent le 2e et 3e jour du traitement, mais réapparaissent dès qu'on cesse l'usage de la quinine.

Nouvelle dose pour trois jours.

Le malade ne revient plus, aussi ne puis-je affirmer la guérison, bien qu'elle soit probable.

(1) H. Bourdon. Note sur l'urticaire intermittente (*Société médicale des hôpitaux* et *Union médicale*, 1866, p. 355.

Digitized by Google

Le jour suivant, aucune éruption, aucun prurit n'a reparu; mais le malade a la langue saburrale et la bouche mauvaise, quoique l'appétit soit conservé. Je cesse l'administration du sulfate de quinine et je fais boire une bouteille d'eau de Sedlitz. Depuis lors, l'urticaire n'a pas reparu et la santé s'est complètement rétablie.

Pendant que j'observais ce cas à l'École normale, j'en voyais un autre tout semblable, mais moins intense chez une jeune fille non sujette à l'urticaire, et en dehors de tout dérangement de la menstruation. L'éruption non accompagnée de fièvre se montrait à la face, également à heure fixe, le matin, une fois par jour; ce qui m'engagea à donner le sulfate de quinine, à l'aide duquel j'obtins le même succès et aussi promptement.

Ces faits ne diffèrent en rien de ceux que les auteurs ont rapportés comme exemples de fièvre larvée. M. Bourdon fait remarquer avec raison que le diagnostic entre les deux affections doit souvent être fort difficile, et qu'il se base essentiellement sur la recherche des antécédents, l'état de la rate, la régularité des accès. Ces réflexions ont trait surtout au diagnostic entre la fièvre intermittente avec urticaire et la fièvre ortiée intermittente, mais elles peuvent s'appliquer aussi au diagnostic de l'urticaire intermittente, fièvre larvée, et de l'urticaire intermittente simple.

A l'occasion de la communication de M. Bourdon, M. Dumontpallier a rapporté l'histoire de toute une famille, père, mère, enfants, atteints d'urticaire intermittente à des époques diverses. Cette urticaire qui fut très persistante chez la mère, puisqu'elle dura une semaine, avait été précédée ou suivie de névralgies; chez un des enfants, l'urticaire, qui n'avait duré que trois jours, avait remplacé une diarrhée intermittente. Mais il s'agissait d'une famille d'arthritiques, et l'auteur, craignant des accidents de répercussion qui s'étaient produits chez le père à la suite de lotions d'eau de Cologne, s'abstint chez la mère de tout médicament actif. Voici, du reste, cette histoire intéressante :

Une dame, chaque nuit, pendant cinq à six semaines était réveillée par un prurit de la région antérieure et inférieure de l'avant-bras. Le jour, on n'observait point d'urticaire, mais on constatait sur les avant-bras de légères égratignures faites par les ongles. Les élevures de la nuit étaient identiques à celles de l'urticaire et ne pouvaient être confondues avec aucune autre éruption. Cette affection dura six semaines environ, et comme elle n'était accompagnée d'aucun phénomène grave on ne conseilla aucun traitement.

Plusieurs membres de la même famille, *à des époques différentes*, avaient été tourmentés par la même éruption, laquelle était de nature rhumatismale, ainsi que les faits suivants semblent le démontrer. Cette dame est fille et petite-fille de parents arthritiques; le grand-père maternel était asthmatique, la mère est affectée de rhumatisme chronique et d'angine de poitrine; autrefois elle-même était sujette à la migraine et à l'eczéma. Les frères et sœurs de la malade ont eu aussi des manifestations rhumatismales : douleurs articulaires et musculaires, névralgies et érythèmes avec fièvre.

Une étiologie de famille paraissait donc, dans le cas présent, avoir une grande vraisemblance. Toutefois, il convient de faire remarquer que la ma-

Digitized by Google

lade n'avait jamais eu, jusqu'à ce jour, d'autre manifestation rhumatismale, que des névralgies et l'urticaire intermittente. Mais tous ses enfants ont eu de l'urticaire à des époques différentes et en dehors de toute condition hygiénique commune qui pourrait en avoir été la cause. Chez l'aîné, une diarrhée intermittente ayant acquis tout à coup une gravité très grande, fut remplacée par une urticaire qui dura deux à trois jours. Le plus jeune, à l'âge de deux ans, fut très éprouvé par une urticaire de la région des reins et de la paroi antérieure de l'abdomen, et par une toux opiniâtre qui avait donné quelque inquiétude. Deux autres enfants de la même famille ont aussi présenté de l'urticaire, mais jamais l'éruption ne fut chez eux précédée, accompagnée ni suivie d'accidents graves.

Le chef de la famille, homme de 46 ans, d'une bonne santé, mais affecté souvent de lumbago, eut aussi à souffrir, à *une autre époque*, d'une urticaire. Pour calmer la démangeaison, il avait eu recours avec succès à des lotions d'eau de Cologne, mais il avait dû renoncer à ce moyen, parce que la cessation subite du prurit était immédiatement suivie d'un malaise général avec frisson et menace de lipothymie. Ce renseignement avait rendu très réservé à l'endroit de tout traitement, et en l'absence de tout symptôme grave, on avait conseillé l'emploi de topiques anodins pour calmer le prurit (1).

M. Dumontpallier considère ces faits comme des exemples d'urticaire arthritique simple, mais les coïncidences singulières qu'il signale et l'alternance de l'éruption avec d'autres désordres qu'on observe assez souvent dans la malaria, autorisent à admettre dans cette famille la combinaison, l'association de la diathèse arthritique et d'une intoxication palustre qu'on ne paraît pas avoir recherchée. Comme dans les cas précédents, il y a la même incertitude résultant du même défaut d'information. Il faudra donc à l'avenir interroger avec le plus grand soin les antécédents des malades atteints d'urticaire intermittente et rechercher si l'intermittence et surtout l'action rapide et heureuse du sulfate de quinine ne trouvent pas leur explication dans un empoisonnement palustre latent ou oublié (2).

En terminant l'étude de ces formes indécises d'urticaire intermittente, nous résumons l'observation de Cazenave : ici l'urticaire n'est pas apyrétique, mais fébrile, avec cette particularité que les accès de fièvre intermittente et les poussées éruptives se sont montrés parfois isolément, ce qui tendrait à prouver que les deux phénomènes, fièvre et urticaire, étaient les manifestations d'une même cause, et que la fièvre n'était pas plus sous la dépendance de l'éruption que l'éruption sous celle de la fièvre. Cette cause commune et cachée ne serait-elle pas le paludisme ? Cazenave n'en dit rien et dès lors nous devons rester dans le doute.

(1) Dumontpallier. *Union médicale*, p. 607, 1866.

(2) Il va sans dire que nous n'avons nullement en vue, dans cet exposé et cette discussion, les accès irréguliers de l'urticaire chronique, affection essentiellement paroxystique et bien distincte de l'urticaire intermittente.

Digitized by Google

Il n'est pas inutile de faire remarquer qu'à certains moments, l'éruption ortiée a été accompagnée de véritables poussées de purpura.

Urticaria tuberosa intermittente, avec accès fébriles, qui a duré plusieurs années et qui, après avoir disparu deux fois sous l'influence du sulfate de quinine et s'être manifestée de nouveau peu de jours après, a enfin complétement cédé à la solution de Fowler (1).

D..., 33 ans, garçon menuisier, entré à l'hôpital Saint-Louis le 2 décembre 1825 et sorti le 1er novembre 1826; d'un tempérament sanguin, alcoolique.

Il y a 4 ans, à la suite du traitement d'une gale, il venait de prendre un bain quand il ressentit les premières atteintes de la maladie. Il fut saisi d'un frisson assez intense, suivi d'une chaleur âcre à laquelle succéda une sueur abondante. En même temps, le coude et le genou gauches devinrent le siège d'un gonflement douloureux; la peau, à ce niveau, présenta des espèces de nodosités irrégulières d'un rouge vif, accompagnées d'une chaleur et de picotements tellement insupportables qu'il semblait au malade que le sang allait jaillir à travers les pores.

Au bout de 8 heures, disparition de l'accés, mais éruption ecchymotique du membre inférieur gauche. Le lendemain soir, à la même heure que la veille, nouvel accès fébrile, (frisson, chaleur, sueur), qui dura 6 heures et fut accompagné de douleurs et de gonflements tout à fait analogues à ceux que le malade avait déjà éprouvés, mais siégeant du côté opposé.

Le lendemain matin, rémission complète; apparition d'ecchymoses comme du côté gauche.

Dans les accès suivants, non seulement les coudes et les genoux furent souvent affectés à la fois, mais aussi toutes les parties du corps. Au troisième accès, beaucoup plus fort que les autres, au moins par la tuméfaction qui fut presque générale, les douleurs devinrent extrêmement vives, les jambes restèrent enflées et engourdies; puis, 2 jours après, les orteils devinrent le siège d'ulcérations très douloureuses, qui rendirent la marche impossible et mirent très longtemps à se cicatriser.

Dès ce moment, chaque jour à la même heure accès fébrile, douleurs, picotements, tuméfaction des membres suivis d'une éruption de taches.

Au bout de 15 jours, entrée à l'hôpital de Beauvais. Les accès avaient augmenté de durée et d'intensité : la tuméfaction était devenue presque permanente, les jambes surtout étaient énormes et tout à fait noires. Le moindre mouvement était impossible, et le malade se trouvait mal lorsqu'on voulait le bouger. Une saignée, des sinapismes, des vésicatoires aux mollets, des fumigations sulfureuses atténuèrent l'intensité de la fièvre et l'éruption quotidienne devint extrêmement légère. Mais dès que le malade se levait, les phénomènes reparaissaient.

Après 3 mois, D... quitta l'hôpital amélioré mais non guéri, car les accidents reparaissaient à la moindre fatigue; 2 mois plus tard, il entrait à l'hôpital Saint-Antoine où il reste 9 mois, soumis à diverses médications, entre autres à l'usage du quinquina en poudre pendant un mois entier.

(1) *Nouvelle bibliothèque médicale*, 1827, t. IV, p. 62.

Digitized by Google

Il y eut une amélioration considérable, l'éruption ne paraissait plus que tous les 3 ou 4 jours. Mais l'accès fébrile, toujours opiniâtre, revenait seul, beaucoup plus court il est vrai.

D... sortit de Saint-Antoine, mais fut obligé d'y rentrer au bout de 8 jours. Nouveau séjour de 3 mois, médication par le quinquina en poudre. Même succès, l'éruption qui survenait encore à la suite d'un peu de fatigue, n'était presque plus rien ; néanmoins retour quotidien de l'accès fébrile.

Ayant quitté l'hôpital, D... retomba dans le même état et pendant près de 9 mois, ne fit qu'un traitement insignifiant.

Enfin, il fut reçu à l'hôpital Saint-Louis Il avait en même temps la gale.

Pendant son séjour il présenta les phénomènes suivants : le matin, point d'autres symptômes que les vésicules de gale ; mais tous les soirs accès de fièvre accompagné d'une éruption de véritables nodosités dures, de dimension variable, dont quelques unes étaient larges de trois pouces, peu saillantes, d'un rouge vif, inégalement répandues sur tout le corps, mais abondantes surtout sur les membres.

Ces phénomènes s'accompagnaient de difficulté dans la respiration, quelquefois telle, qu'on était obligé de saigner légèrement ; il y eut plusieurs fois de véritabes attaques de suffocation ; respiration courte avec mouvements de la poitrine peu étendus, col gonflé, face bouffie et violacée, pouls petit et embarrassé, battements du cœur intermittents, quelquefois même insensibles.

L'éruption et l'accès de fièvre duraient habituellement 5 ou 6 heures, souvent plus.

Pas de symptômes du côté des viscères pendant la rémission.

Pendant 4 mois, traitements multiples sans succès.

Tous les soirs à 6 heures, frisson ; stade de chaleur peu marqué, sueur très abondante, durant 3 ou 4 heures. La tuméfaction qui continuait à se manifester, occupait quelquefois la face palmaire des mains ou plantaire des pieds et y déterminait de violentes douleurs.

D... était dans cet état quand il fut transporté dans le pavillon Saint-Mathieu, sous la direction de Biett, et soumis à l'usage du sulfate de quinine, à la dose de 8 grains. Le 4e jour l'accès ne vint pas et pendant une semaine il n'y eut ni fièvre, ni éruption, sauf quelques élevures le soir. Un écart de régime réveilla les accidents, et l'usage du sulfate de quinine ayant été suspendu pendant 13 jours, la maladie reprit toute sa gravité.

Nouvelle administration de sulfate de quinine pendant 12 jours. Disparition complète de symptômes pendant 1 mois, puis retour sans cause appréciable, mais avec intensité moindre des accidents.

Biett se décida alors à administrer la liqueur de Fowler qui fit disparaître rapidement la fièvre et l'éruption. Quelques élevures parurent encore les premiers jours, mais au bout d'une semaine la guérison était complète.

Pathogénie. — Il ne s'agit naturellement pas de discuter ici la pathogénie de l'urticaire, en général, mais bien de rechercher si le poison palustrepeut pro duirecette dermatose et de quelle manière il y parvient. La coïncidence entre l'urticaire et les accès de fièvre intermittente n'étant pas douteuse, on doit se demander si l'éruption n'est pas une simple conséquence du mouvement fébrile et si l'agent spécifique intervient réellement. Sur ce premier point, on peut répondre d'abord que l'urti-

Digitized by Google

caire complique très rarement les autres maladies fébriles : pneumonie, rhumatisme, pyrexies diverses ; puisqu'elle se montre assez fréquemment chez les paludiques en dehors de tout mouvement fébrile : il y a donc lieu de faire de l'urticaire, comme de l'herpès, une manifestation du paludisme au même titre que les névralgies et autres fièvres larvées.

La manière dont agirait le poison palustre n'est pas très difficile à comprendre. On sait, depuis les intéressantes recherches de MM. Poncet (de Cluny) (1), Vidal (2), Renaut (3), que la papule ortiée n'est autre chose qu'un œdème circonscrit du derme formé aux dépens du système lymphatique. D'autre part, on fait jouer au système nerveux un tel rôle dans la production de cet œdème, que l'affection susdite est aujourd'hui rangée dans les dermatoses névropathiques et considérée comme le résultat d'un trouble vaso-moteur.

Or, le poison palustre agit directement sur les parties centrales et périphériques du système nerveux ; il affecte particulièrement l'appareil vaso-moteur sanguin ; il fait naître par son intermédiaire des manifestations essentiellement fugaces, aussi promptes à paraître qu'à disparaître et à reparaître ; il provoque sans cesse l'hyperesthésie, l'hyperémie et l'hypercrinie, symptômes qui sont représentés dans l'urticaire, si par la pensée on met le vaisseau lymphatique à la place du vaisseau sanguin. D'où ressortirait que le poison palustre, agissant sur les filets vaso-moteurs qui se rendent aux vaisseaux lymphatiques, ferait naître ainsi l'œdème circonscrit qui caractérise anatomiquement l'urticaire.

Cette assimilation de l'urticaire paludique aux dermatoses d'origine nerveuse a été faite déjà par MM. Vallin et Moursou. Voici comment s'exprime ce dernier.

« La fièvre intermittente ortiée, dit-il, représente des lésions vaso-motrices du même ordre que celles de l'herpès, dont la relation avec la malaria est aujourd'hui bien établie. L'auteur se croit d'autant plus autorisé à comparer tous ces accidents herpétiques, cutanés et nerveux, aux spasmes vasculaires de l'asphyxie locale des extrémités qu'il lui a été donné de les voir presque tous réunis chez un de ses malades (1). »

Pour confirmer les rapports qui peuvent exister entre la malaria, l'urticaire et les névropathies, il est également intéressant de rappeler que, dans un cas de M. Vallin, un accès de fièvre intermittente avec urticaire fut suivi de paraplégie, que, dans un autre fait rapporté par M. Sorel, des troubles moteurs singuliers, un tic convulsif des muscles grands droits de l'abdomen coïncidaient avec des accès de fièvre tierce accompagnés d'urticaire.

(1) Société de biologie, 1875.
(2) Société médicale des hôpitaux, 1879.
(3) Article *Dermatoses*, Dict. encyclop., p. 169.

Digitized by Google

Conclusions. — 1° L'urticaire accompagne assez souvent les accès de fièvre intermittente. Elle apparaît au stade de chaleur et disparaît avec l'accès. Après une première attaque d'urticaire fébrile, il est assez fréquent d'observer une nouvelle éruption ortiée à chaque accès nouveau;

2° L'urticaire, dans la fièvre intermittente, est une complication sans valeur pronostique. Elle survient aussi bien dans les cas légers que dans les accès pernicieux, mais elle paraît augmenter l'intensité des troubles digestifs et les phénomènes nerveux du stade de froid;

3° Les éruptions ortiées de la fièvre intermittente sont peut-être favorisées par la diathèse arthritique;

4° L'urticaire peut apparaître chez les paludiques sans accès fébrile et comme fièvre larvée, mais l'urticaire intermittente simple et l'urticaire intermittente larvée sont généralement encore confondues par les auteurs;

5° L'urticaire paraît être une manifestation directe du paludisme et résulter de l'action du poison palustre sur l'appareil nerveux vaso-moteur et le système lymphatique.

(1) Moursou. Étude clinique sur l'asphyxie locale des extrémités et sur quelques autres troubles vaso-moteurs, dans leurs rapports avec la fièvre intermittente. (*Archives de médecine navale*, t. XXXIII, 1880, p. 440.)

Digitized by Google

II

CONSIDÉRATIONS SUR LA NATURE DE LA BLENNORRHAGIE ET SUR LA PATHOGÉNIE DE SES EFFETS A DISTANCE,

Par le Dr **S. ROSOLIMOS**, professeur agrégé de maladies vénériennes et de la peau, à l'Université nationale d'Athènes.

Ainsi que le titre l'indique, je vais m'occuper dans ce travail de deux questions fort discutées en vénéorologie : 1° de la nature de la blennorrhagie, et 2° de la pathogénie de ses effets à distance.

1° — Nature de la blennorrhagie.

La plupart des auteurs combattent la théorie de la spécificité de la blennorrhagie et admettent que cette affection est de nature purement inflammatoire. Ricord, Cullerier, Langlebert, etc., considèrent l'excès vénérien, les irritations traumatiques et chimiques de l'urèthre, l'abus de certaines boissons (bière, thé, etc.), les excès alcooliques, etc., d'autre part le contact de la muqueuse uréthrale avec le flux leucorhéique ou le sang des menstrues, comme les causes principales de la blennorrhagie.

Langlebert affirme que sur dix blennorrhagies, neuf sont indépendantes de la contagion et M. Fournier dit que pour une blennorrhagie résultant de la contagion, il en est trois au moins, où cette cause ne joue aucun rôle.

Cependant il est à noter que les auteurs qui admettent cette opinion ne sont pas tous d'accord sur la fréquence relative des différentes causes susceptibles de déterminer la blennorrhagie. Il en est qui pensent que la maladie est dans la majorité des cas due à la contagion. C'est ainsi que Cullerier enseigne que : « Quand un homme vient vous consulter avec une chaude-pisse franche il y a cent à parier contre un qu'elle résulte d'un coït impur. » Diday aussi, bien qu'il admette que la leucorrhée peut donner naissance à la blennorrhagie, s'exprime ainsi : « Tenez-vous à plaire à vos clients, acceptez la perte blanche pour argent comptant, laissez cette étiquette honorable garantir les produits d'un commerce dont les fraudes ne sauraient être mises au jour sans péril pour la paix des ménages, etc. »

Quoi qu'il en soit, le fait est que tous ces auteurs accusent pour le développement de la blennorrhagie, outre la contagion, des causes banales.

Je me propose dans les pages suivantes de soutenir précisément tout le contraire de cette thèse ; mais dans ce but je ne me bornerai pas à invoquer un certain nombre de faits cliniques dans lesquels la blennorrhagie a *constamment* succédé à la contagion ; car d'autres médecins, se basant

Digitized by Google

sur des arguments de ce genre, ont déjà soutenu que la blennorrhagie est *toujours* due à la blennorrhagie. En effet, tout le monde sait que Gosselin, professe : « Qu'on ne gagne jamais la chaude-pisse quoiqu'on fasse avec une femme qui n'a pas la chaude-pisse. Les faits contradictoires sont des faits mal observés, où l'uréthrite de la femme a été méconnue. » Rollet affirme aussi que « La blennorrhagie ne reconnaît en réalité qu'une cause efficiente, la contagion. » Quant à la leucorrhée, qu'on accuse si souvent de produire la blennorrhagie, le même auteur pense que si elle était coupable des méfaits qu'on lui attribue ce serait chez les hommes mariés et surtout dans les jeunes ménages qu'ils s'observeraient. Or, cela n'est pas. A. Guérin s'exprime encore plus nettement à cet égard.

D'après ce qui précède ce ne sont point les faits cliniques qui manquent en faveur de la théorie de la spécificité de la blennorrhagie ; cependant la théorie opposée d'après laquelle le développement de la blennorrhagie réside en grande partie dans des causes autres que l'agent spécifique ne cesse pas d'être en vogue.

Dans le but d'élucider la question de la nature de la blennorrhagie, j'essayerai d'examiner scrupuleusement les faits qui s'opposent à la doctrine de la spécificité que j'admets. Je pense pouvoir démontrer que les cas dont il s'agit sont justiciables de conditions qui ont toujours trait à la contagion. Procédant de cette manière, je pense pouvoir trancher définitivement la question.

M. Fournier soutenant la doctrine de son maître au sujet de la blennorrhagie s'exprime ainsi : « Dans le but d'élucider cette difficile question de l'origine de la blennorrhagie, j'ai fait depuis plusieurs années un grand nombre de confrontations de malades auxquels je crois avoir apporté l'attention la plus minutieuse. Plus de soixante fois j'ai pu examiner des femmes avec lesquelles des blennorrhagies vraies avaient été contractées et cela dans des conditions qui ne pouvaient guère laisser de doute sur l'origine de la maladie. Or, de cette étude il est resulté pour moi la conviction que l'opinion de mon maître est la seule vraie, la seule acceptable, la seule conforme aux faits d'observation journalière. Il me semble même qu'elle reste au-dessous de la vérité. Ricord dit *fréquemment*, les femmes donnent la blennorrhagie sans l'avoir ; c'est à mon sens, *le plus fréquemment* qu'il aurait fallu dire... L'excès vénérien, ajoute-t-il, est l'origine la plus fréquente de la blennorrhagie... Lorsqu'on examine des femmes au contact desquelles des blennorrhagies ont été contractées on constate sur elles des affections diverses... Parfois aussi on ne constate *rien*, absolument rien que l'état le plus sain des parties sexuelles. » Contre cette opinion je puis objecter que si l'*excès vénérien seul*, sans le concours de la contagion, pouvait donner naissance à la blennorrhagie, les paysans de nos pays, dont la plupart ne savent pas ce que c'est que le coït avant leur mariage, devraient tous contracter la blennorrhagie dans les premiers jours de la vie conjugale. En effet, ces hommes vigoureux, au milieu d'excès de table et de boisson, s'adonnent au coït avec une telle ardeur qu'ils provoquent chez leurs femmes des métrorrhagies abondantes et des vaginites intenses ; et néanmoins *ils restent parfaitement sains*. Si parfois l'on constate en province des cas de blennorrhagie, c'est surtout dans les pays maritimes, chez des matelots, qui, du reste, n'hésitent pas à avouer qu'ils doivent leur mal au commerce avec des prostituées. Ce qui indique que ce n'est *nullement* l'excès vénérien qui cause la blennorrhagie, mais que c'est bien la contagion. J'ai pu m'en convaincre

Digitized by Google

pendant près d'un an de pratique médicale à Céphalonie, et le fait m'a été confirmé par les médecins les plus distingués de province.

Quant aux malades atteints de blennorrhagie par le seul effet de l'excès vénérien, on ne saurait dire si dans ces cas il s'agit de recrudescences de vieilles blennorrhées, ou de blennorrhagies nouvellement contractées.

La blennorrhée en effet, d'après M. Fournier lui-même, « est d'une excessive fréquence, et cela à tous les âges, dans toutes les classes de la société. On ne saurait même croire combien il est commun, ajoute cet auteur, de la rencontrer chez des sujets *qui n'en soupçonnent pas l'existence*... L'indolence est le plus souvent absolue; aussi *la goutte militaire passe-t-elle fréquemment inaperçue*... Souvent aussi elle s'éternise et dure ce que dure la vie des malades. » Or, ceci posé, dans l'interprétation des cas signalés par Fournier, on ne peut nullement exclure la supposition qu'au moment où les malades demandaient le conseil du médecin ils étaient atteints d'une recrudescence de vieille blennorrhée et non pas d'une blennorrhagie d'emblée ; ne se doutant pas du reste de leur vieille affection, ils avaient pu prendre cette recrudescence pour une nouvelle maladie. Le médecin, d'autre part, ne pouvait savoir si le malade soumis à son examen avait préalablement la blennorrhée.

A propos de femmes qui auraient donné la chaude-pisse malgré l'état sain de leurs parties sexuelles, M. Gosselin dit, comme nous l'avons déjà vu, qu'elles ont été mal observées : elles avaient, d'après lui, une uréthrite chronique que MM. Ricord et Fournier n'auraient pas cherchée. Rollet aussi lorsqu'il parle du diagnostic de la blennorrhagie (*Dict. d. s. m.*) fait remarquer que chez la femme, la maladie est circonscrite à son déclin dans les glandes, les plis ou culs-de-sacs de la muqueuse vaginale, de sorte qu'elle est très difficile à constater : « C'est au point, dit cet auteur, que M. Ricord est allé jusqu'à accorder au sexe féminin le dangereux privilège de donner la chaude-pisse sans l'avoir ! etc. » La grande autorité de ces deux illustrations médicales, Ricord et Fournier, est assez imposante pour qu'on n'hésite pas un seul instant à accepter que l'examen des femmes en question a été fait avec la plus minutieuse exactitude, de sorte que ni l'uréthrite, ni la blennorrhagie limitée dans des endroits circonscrits n'ont été méconnues. Mais on ne peut s'empêcher de mettre en ligne de compte l'*inoculation médiate* dans l'étiologie des blennorrhagies communiquées par la femme. On sait qu'une femme saine qui dans un coït impur reçoit du pus virulent dans ses organes génitaux, peut donner la chaude-pisse sans être atteinte de cette maladie. Dans ce cas la femme n'est que le dépositaire du virus blennorrhagique. — Le contact d'objets (cathéters, etc.) ou de mains souillées de pus blennorrhagique peut aussi accidentellement donner naissance à l'affection.

Ces diverses conditions : goutte militaire des hommes, inoculation médiate accidentelle du pus blennorrhagique; d'autre part inoculation médiate par le pus déposé dans les organes génitaux des femmes mises en confrontation et trouvées saines; ces diverses conditions, dis-je, donnent surabondamment l'explication du développement de la blennorrhagie sous l'influence d'un agent spécifique.

Lorsqu'on dit que l'excès vénérien peut seul provoquer la blennorrhagie on attribue son apparition à l'*érection prolongée et répétée*. On cite même partout *deux* cas, où l'érection prolongée aurait amené une blennorrhagie intense. Je ne veux pas dire que ces cas aient la même valeur que celui cité

Digitized by Google

par Jazenière, où la maladie survint après l'ingestion du pus blennorrhagique! Mais je me borne à faire remarquer que si l'érection seule pouvait être la cause de la blennorrhagie, on aurait dû compter par milliers les blennorrhagies consécutives à l'effet de cet acte physiologique. Or, on n'en compte jusqu'à présent que deux cas, ce qui démontre que ce n'était pas l'érection mais bien quelqu'une des autres conditions déjà indiquées qui était en cause.

A cet égard qu'on me permette de citer un cas que j'ai observé il y a quelque temps. Un jeune homme de la province, n'ayant jamais souffert de blennorrhagie ni d'autre affection vénérienne, se livrait avec sa fiancée habitant à Athènes, à des rapports incomplets mais prolongés et répétés, lorsqu'un beau jour, à sa grande surprise, il vit du pus s'écouler de son urèthre; il sentait en même temps des douleurs affreuses en urinant, en un mot il était atteint d'une blennorrhagie des plus intenses. Il commençait à s'inquiéter sur la conduite de son amie, quand le hasard voulut qu'il ouvrit un tiroir, dont il n'avait jamais fait usage, dans la chambre de l'hôtel qu'il habitait; dans ce tiroir il découvrit une seringue à injection. Enquête faite, il apprit que la personne qui habitait la chambre avant lui était atteinte de blennorrhagie.

Dans ce cas on ne peut évidemment exclure la supposition de l'inoculation médiate : du pus blennorrhagique déposé sur les linges, le vase de nuit, etc., a pu agir dans la production de la maladie.

Quelques-uns des auteurs qui soutiennent la théorie de la nature purement inflammatoire de la blennorrhagie pensent que le pus de la leucorrhée peut dans certaines conditions donner naissance à la chaude-pisse. Et cependant ces auteurs savent parfaitement que le pus vulgaire déposé tout simplement sur la muqueuse de l'urèthre reste inoffensif, tandis que le pus blennorrhagique amène presque infailliblement le développement de l'inflammation spécifique. A propos même de l'inocuité du pus vulgaire, on cite des cas où l'on a vu du pus venant d'un abcès des reins, de la vessie, ou de la prostate s'échapper par l'urèthre en quantité notable sans l'enflammer. Dans cet ordre d'idées on est forcé d'admettre que l'action sur la muqueuse uréthrale du pus leucorrhéique, qui n'est, en somme, que du pus vulgaire, est absolument négative. Pour rattacher à la leucorrhée quelques cas de blennorrhagie, il fallait donc trouver pourquoi ce pus vulgaire et inoffensif pouvait provoquer, dans certains cas, la chaude-pisse. Diday pense qu' : « une leucorrhée qui serait restée bénigne après un seul rapprochement, revêt par l'excitation redoublée, des propriétés irritantes et fournit alors un fluide contagieux. » Cullerier, Jullien, etc., admettent la même opinion. Ricord disait à cet égard « qu'avec un moindre degré d'excitation les sécrétions sont moins irritantes ». Langlebert formule la même idée lorsqu'il écrit que les « excès rendent les sécrétions plus âcres ». Aussi croit-on que le pus leucorrhéique par l'excitation devient un agent contagieux. Toutefois l'illustre représentant de l'école de Ricord, le professeur A. Fournier, refute cette opinion en reproduisant l'objection de M. A. Guérin sur ce sujet : « Le muco-pus du catarrhe, le flux menstruel ne développent pas de blennorrhagie, tant s'en faut, chez tous ceux qui s'exposent à leur contact. De même pour la leucorrhée. « C'est par milliers que l'on compte les jeunes filles qui ont de la leucorrhée au moment où elles se marient. Combien y en a-t-il qui donnent la chaude-pisse à leurs maris? Si les flueurs blanches étaient contagieuses les hommes seraient forcés de renoncer à se marier... » Il en est de même, continue M. Fournier, des écoulements purulents du vagin et de

Digitized by Google

l'utérus, qui n'ont pas d'action nuisible sur l'urèthre, comme le démontre l'observation de chaque jour. » — M. Fournier, lorsqu'il veut faire admettre que l'origine de la blennorrhagie est due à l'excès vénérien, combat l'opinion de ceux qui font à la leucorrhée et aux autres flux des organes génitaux de la femme une trop large part dans la pathogénie de cette maladie : « Puisque la maladie, dit-il, peut se développer au contact d'une femme saine, elle le peut aussi bien en présence d'une lésion quelconque de l'utérus ou du vagin sans que cette lésion joue le moindre rôle dans sa production. » En revanche, cet auteur, tout en admettant que la leucorrhée et les écoulements purulents du vagin et de l'utérus « n'ont pas d'action nuisible sur l'urèthre », soutient néanmoins que « ces affections sont dangereuses », s'appuyant à cet égard sur l'opinion suivante de Ricord : « le muco-pus catarrhal semble être l'irritant *le plus efficace* pour déterminer l'inflammation de la muqueuse. » Cette contradiction de l'auteur qui a le plus contribué à la vulgarisation de la théorie que nous combattons, prouve qu'on ne s'appuie nullement sur des arguments sérieux lorsqu'on incrimine la leucorrhée et les autres flux dans le développement de la blennorrhagie.

Je dois même faire remarquer en passant, à propos de l'hypothèse de MM. Ricord, Diday, etc., sur l'action nocive du pus leucorrhéique que l'excitation rend au contraire ce pus moins âcre et partant moins irritant, pour la simple raison physiologique que toute muqueuse qui se trouve en excitation excrète du mucus, comme l'a déjà démontré Cl. Bernard expérimentant sur la muqueuse stomacale. D'après ce fait le coït renouvelé excite naturellement la muqueuse vaginale, qui devient le siège d'une sécrétion abondante de mucus diluant le pus leucorrhéique et le rendant moins irritant.

Cullerier, Langlebert, Jullien (dans son traité 1879), etc., admettent que l'influence des vers intestinaux, de la dentition, aussi bien que des états diathésiques (herpétisme, arthritisme, etc.) « peuvent déterminer la suppuration de l'urèthre », en d'autres termes ces diverses conditions peuvent donner naissance à la blennorrhagie, puisque cette maladie n'est « qu'une affection purement inflammatoire, une suppuration vulgaire » comme le formule M. Jullien, acceptant la théorie que nous combattons. Cet auteur ajoute même en termes soulignés : « Nous avons démontré que la blennorrhagie n'est qu'une affection inflammatoire ; quelles que soient les causes qui lui ont donné naissance, elle est toujours une, identique. *Nous n'essayerons donc pas de distinguer l'uréthrite de la blennorrhagie.* » M. Fournier, quoique partisan de la nature purement inflammatoire de la blennorrhagie, se voit forcé, en fidèle observateur, de distinguer la blennorrhagie de la suppuration vulgaire de l'urèthre : « La blennorrhagie est une inflammation *spéciale*. Elle est très différente, ajoute-il, de l'uréthrite, laquelle est une inflammation simple de l'urèthre ou bien un état symptomatique d'affections diverses (goutte, herpès, etc.). » Il dit encore à la fin de son travail que : « si la blennorrhagie est une inflammation simple il ne suit pas de là qu'elle soit identique avec l'uréthrite. Cliniquement elle doit en être distinguée. » Il se promet même, lorsqu'il parlera de l'uréthrite, dans le Dictionnaire de médecine et de chirurgie, où il a déjà étudié la blennorrhagie, de reprendre la discussion sur la différence qui la sépare de l'uréthrite. Ce qui revient à dire que celui qui essaye de combattre systématiquement la théorie de la spécificité de la blennorrhagie, au lieu de la réfuter réellement, la confirme. Du reste, cet aveu de M. Fournier nous suffit pour démontrer le peu fondé de l'opinion des autres auteurs sur les suppurations

Digitized by Google

symptomatiques de l'urèthre, qu'ils rattachent à la blennorrhagie vraie.

Après avoir examiné les causes de la blennorrhagie, M. Jullien s'exprime ainsi : « Je sais bien que quelques auteurs prétendent établir entre les états similaires résultant de ces causes des distinctions nécessaires à leurs théories. A les en croire, les écoulements nés en dehors d'un prétendu virus blennorrhagique, ne sont que de simples uréthrites sans importance, dépourvues des propriétés de la véritable chaude-pisse virulente. Mais sur le terrain de la clinique, nous leur demandons en vain les signes qui doivent nous guider et nous permettre de séparer les vraies des pseudoblennorrhagies, en remontant sans nous égarer jusqu'à la détermination exacte de leurs causes originelles. Si de tels signes ne se peuvent saisir, c'est que leurs distinctions ne sauraient trouver place que dans les théories. »

Je ne nie pas du tout qu'on rencontre des uréthrites dont la symptomatologie est semblable à celle de la blennorrhagie ; mais si ces uréthrites sont de cause vulgaire, comme dans le cas de Swediaur, il ne suit nullement de là qu'on soit autorisé à les considérer comme de vraies blennorrhagies, de même que l'on ne saurait assimiler le chancre simple au chancre syphilitique, lorsque celui-ci présente les mêmes caractères que le premier. On ne doit pas, dis-je, prendre ces uréthrites pour des blennorrhagies, comme on ne doit pas confondre la leucorrhée avec la vaginite blennorrhagique chronique qui, M. Jullien lui-même l'écrit : de l'aveu de tous les spécialistes ne se distingue par aucun signe matériellement appréciable de certains catarrhes leucorrhéiques nés spontanément. « Ce n'est pas tout, continue M. Jullien ; il arrive au déclin de la blennorrhagie une période caractérisée par un écoulement de muco-pus non contagieux. Le virus a donc cessé d'être. Mais alors, que ces auteurs nous explique pourquoi, sous l'influence d'un écart de régime, d'une fatigue musculaire exagérée, on peut voir reparaître le pus, le vrai pus blennorrhagique inoculable et contagieux. Le virus qui n'existait plus, s'est-il donc reformé de toutes pièces ? Mais dans ce cas que devient le principe immuable de la contagion ! »

M. Jullien, et tous ceux dont il soutient l'opinion, se trompent quand ils disent que la blennorrhagie dans son déclin n'est pas contagieuse ; il y a sur ce sujet une foule d'observations positives, aussi me bornerai-je à citer le résultat de la pratique d'un des plus célèbres syphiligraphes de notre siècle, de M. Zeissl. Lorsque le professeur viennois parle des propriétés anatomo-pathologiques du muco-pus blennorrhagique (dans son Manuel, 1875, t. I, p. 13), il dit : « In unserer Privatpraxis sind uns jedoch zahlreiche Fälle vorgekommen, bei denen Männer, die nur von den ersten Podromalerscheinungen des Harnröhrentrippers, d. h. von dem lästigen prickelnden gefühle in der Harnrohrenmündung behelligt wurden, schon ihre Frauen oder ihre Geliebten inficirten, obwohl bei den betreffenden Männern zur Zeit, als sie den bezüglichen Beischlaft unternahmen keine Spur von Eiter im Harnröhrensecret zu entdecken war. Ebenso haben wir mehrmals die Erfahrung gemacht, dass das spärliche vom sogenannten Nachtripper herrührende schleimige secret inficirend wirkte. »

Du reste, pendant le déclin de la maladie dont nous examinons la nature, l'écoulement diminue sensiblement et après la miction il tarde à reparaître. Or, si un peu avant le coït, la miction a eu lieu, l'élément morbide a évidemment disparu et c'est pour cela précisément, suivant nous, que la maladie ne se transmet que rarement à cette période. Mais, alors même que la miction n'aurait pas précédé le coït, le pus excrété en petite quantité peut

Digitized by Google

bien être essuyé par le fait de contacts ayant eu lieu avant cet acte. M. Jullien n'est donc nullement en droit de croire que la blennorrhagie dans son déclin n'est pas contagieuse.

Enfin, si la blennorrhagie était de nature purement inflammatoire elle se comporterait, quant à ses complications, de la même manière que les autres inflammations de l'urèthre. Mais d'après Fournier lui-même, cela n'arrive pas. En effet, tandis que la blennorrhagie est compliquée parfois d'accidents généraux, les uréthrites simples ne le sont jamais : « Tous les écoulements uréthraux ne sont pas susceptibles de se compliquer d'accidents articulaires. Ainsi, bien que mon attention fût éveillée sur ce point, dit M. Fournier, je n'ai jamais observé le rhumatisme, ni avec l'*uréthrite inflammatoire* ou catarrhale, ni avec l'uréthrite herpétique, etc. Sur ce point quelques-unes de mes observations sont très concluantes. »

Cette particularité contribue aussi à démontrer l'exactitude de la théorie que nous soutenons.

Me basant sur ce que j'ai dit contre la théorie de la nature purement inflammatoire de la blennorrhagie; considérant, d'autre part, que le pus blennorrhagique est presque infailliblement inoculable, tandis que le pus vulgaire ne l'est pas et que la blennorrhagie avant de se développer subit une incubation de quelques jours au même titre que les autres maladies virulentes, etc., je n'hésite pas à conclure que *la blennorrhagie est due à la contagion.*

2° Effets a distance de la blennorrhagie.

Dans cette partie de mon travail je vais examiner le mécanisme du développement des complications générales que la blennorrhagie peut provoquer, c'est-à-dire du rhumatisme et de l'iritis, des névralgies et des éruptions cutanées.

Ces accidents généraux de la blennorrhagie sont assez rares; en Grèce, on n'a jusqu'à présent observé que trois fois seulement le rhumatisme blennorrhagique : un cas de cette complication a été publié par le regretté professeur de syphiligraphie Balanos; deux autres ont été observés par notre éminent clinicien M. le professeur Karamitsas, ainsi qu'il nous a fait l'honneur de nous le dire. Mais il est bien probable que les médecins qui dans la pratique courante ont l'occasion d'observer ces complications n'y font pas attention. Quant à nous, en Grèce, nous n'en avons jusqu'à présent vu aucun cas.

Quand on parcourt les observations qui ont été déjà publiées sur le rhumatisme blennorrhagique, on doit avouer que cet état morbide présente généralement des caractères tout à fait particuliers qui font justement de lui une complication propre; mais il est d'autres observations que nous avons déjà analysées dans un autre travail (1), où l'on reconnaît le tableau clinique du rhumatisme vulgaire. Cela nous a conduit à admettre qu'une personne atteinte de blennorrhagie peut accidentellement être affectée pour la première fois d'une attaque de rhumatisme; mais il ne suit pas de là, comme le veulent, Thiry, Peter, Profeta, Desprès, que le rhumatisme blennorrhagique n'existe pas.

(1) Περὶ τῆς φύσεως τῆς βλεννορροίας καὶ περὶ του λεγομένου βλεννορρεισμοῦ ἐν Ἀθήναις 1881.

Digitized by Google

Je ne tiens pas à reproduire ici les diverses opinions qui ont été émises sur la pathogénie des phénomènes à distance de la blennorrhagie; je vais insister uniquement, comme dans la première partie, sur les points que je pense pouvoir élucider. Or, j'essayerai de soutenir à cet égard une opinion analogue à celle que j'ai déjà émise au sujet du mécanisme du développement des syphilodermies (1). En effet, j'admets, comme on l'a déjà soutenu, que l'irritation uréthrale résultant de la blennorrhagie peut produire par action réflexe quelques complications générales ; mais comme la plupart de ces accidents présentent une modalité spéciale, je pense qu'ils sont dus à l'action du virus blennorrhagique.

J'invoque cette explication d'autant plus que l'irritation en elle-même, quelle que soit son origine (inflammation, action mécanique, etc.), produit des effets à distance toujours identiques ; car il n'est nullement démontré en physiologie que les phénomènes réflexes diffèrent suivant la nature des irritants. Or, si les accidents blennorrhagiques généraux étaient dus uniquement à l'irritation de l'urèthre, ils ne seraient point différents de ceux provoqués par le cathétérisme. En revanche, pour expliquer la différence qui existe entre ces phénomènes et ceux occasionnés par le fait du cathétérisme, il faut admettre avec M. Fournier que la blennorrhagie est « une irritation spéciale », pouvant développer des accidents « suivant sa propre modalité », soutenir que ces accidents sont subordonnés à une prédisposition individuelle spéciale » et au sujet de l'iritis blennorrhagique invoquer même l'*action isolée « d'une cause interne »*. Je crois donc pouvoir formuler la théorie suivante au sujet de la pathogénie des effets à distance de la blennorrhagie : *les complications générales de la blennorrhagie sont dues constamment à l'action du virus blennorrhagique qui tantôt amène simplement des états pathologiques par action réflexe sur les vaso-moteurs* (dans les éruptions cutanées et l'iritis d'origine blennorrhagique), *tantôt se portant sur les éléments organiques, modifie en intensité et en forme, par l'effet de sa spécificité, les localisations morbides provenant par voie réflexe de l'irritation uréthrale.*

(1) Περὶ τῆς συφιλιδικῆς ἐρυθηματώδους ἐξανθήσεως. ἐν Ἀθήναις 1882.

Digitized by Google

II

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE CUTANÉE,

Par **E. VIDAL.**

(Note additionnelle.)

Depuis la publication de mon travail sur la tuberculose de la peau (*Annales de Dermatologie*, 1882, p. 457), j'ai trouvé une description de Bazin qui, bien qu'incomplète par défaut d'examen histologique, a cependant de l'intérêt au point de vue de l'historique.

Dans ses *leçons théoriques et cliniques sur la scrofule*, 1861, Bazin admet trois formes distinctes de scrofulide tuberculeuse : le lupus tuberculeux, la scrofulide tuberculeuse inflammatoire, une variété rare du molluscum des auteurs.

C'est dans le paragraphe du molluscum (p. 219), qu'il donne les caractères de la tuberculose de la peau. Je cite textuellement :

« *Molluscum.* — Le molluscum de Bateman comprend des affections « très différentes et de siège et de structure. J'ai moi-même séparé de ce « groupe l'acné varioliforme, dont la place naturelle est à côté des autres « variétés de l'acné. Celui dont je veux parler en ce moment est constitué « par une *véritable tuberculisation du derme.* C'est une affection très « rare dont je n'ai observé qu'un exemple depuis que je suis médecin de « l'hôpital Saint-Louis. Elle consiste en une éruption de petites tumeurs « variables en volume, depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une cerise. « Le contenu de ces tumeurs n'est autre chose que du tubercule tout à « fait analogue, pour la composition, au tubercule pulmonaire. Au bout « d'un certain temps, les tumeurs se ramollissent; il se forme, dans leur « centre, une matière caséeuse, puis du véritable pus. L'abcès tubercu- « leux se perfore, s'ouvre au dehors, le kyste se vide, et ses parois « se cicatrisent un peu plus vite et mieux que celles des cavernes pul- « monaires. »

Digitized by Google

IV

XERODERMA PIGMENTOSUM,

Par le professeur M. KAPOSI, de Vienne (1).

Sous le nom de *Xeroderma*, j'ai décrit, en 1870, dans le *Traité des maladies de la peau*, rédigé par Hébra et moi, une maladie cutanée d'un genre particulier, qui, dans tous les cas, se montre avec le caractère congénital, c'est-à-dire qu'elle existe dès la plus tendre enfance, et j'ai distingué deux formes de ce mal.

La maladie qui se signale par des symptômes tranchés, et dont j'ai fait jadis la première forme de la xérodermie, je crois devoir aujourd'hui, par suite d'une étude plus approfondie, la désigner sous le nom de *xeroderma pigmentosum*, et cela pour cette raison que, dans cette maladie, comme je l'ai signalé dans maintes occasions, les apparitions et les modifications du pigment jouent au point de vue symptomatologique et pathologique un rôle tout à fait prépondérant et donnent, sous le rapport anatomique, une impulsion considérable à la complication la plus grave de cette maladie, à la carcinomatose multiple.

A différentes reprises, spécialement dans les discussions de la Société impériale et royale des médecins de Vienne, j'ai signalé ce fait sous forme de déclaration, aussi souvent que l'on y a étudié les causes du cancer.

En 1870, deux cas m'ont servi de base pour établir cette forme pathologique spéciale. Depuis lors j'en ai vu encore 6 cas, — en tout, 8 jusqu'à présent, — dont les symptômes essentiels se rapportent d'une façon si complète et si parfaite avec ceux des deux premiers, que j'ai dû appliquer à tous ces cas la description que j'ai donnée des deux autres dans le Traité susnommé, et que j'ai trouvé dans ces observations ultérieures la justification et la confirmation de la façon dont j'avais déterminé cette forme pathologique.

Tous les faits observés jusqu'à ce jour se rapportaient à des enfants et à des adolescents jusqu'à l'âge de 18 ans, dont 5 filles, 1 garçon de 2 ans 1/2, et 2 jeunes gens de 16 et 18 ans. Les cas 3 et 4, 5 et 6 existaient chez des frères et sœurs.

(1) En raison de l'importance toute particulière de ce mémoire publié par le professeur Kaposi dans le *Wiener mediz. Jahrbucher*, oct. 1882, et qui a trait à une affection rare, et non encore décrite en France, nous en donnons ici une reproduction complète (trad. par le Dr P.-A. Doumic). Il nous a été impossible, en raison des frais considérables que cela eût entraînés, de reproduire les très exactes chromolithographies qui sont annexées au mémoire. Nous le regrettons vivement, mais nous essaierons de réparer, en partie, cette lacune, en publiant prochainement la représentation et l'observation d'un cas de *xeroderma pigmentosum*, dont le sujet est en ce moment à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. L. Vidal, qui a bien voulu nous promettre l'observation et le dessin. (*La rédaction.*)

Digitized by Google

Les cas 1 et 2 ont été publiés par moi, les cas 4 et 5 l'ont été par mon collègue Geber, qui était à cette époque aide de clinique; les 4 autres n'ont pas encore été décrits. Qu'il me soit donc permis de comprendre aussi ces 4 cas dans l'exposé de l'ensemble des faits observés.

Le 1er cas (*Traité des maladies de la peau*, par Hébra et Kaposi, IIe partie, p. 182) concernait une jeune fille de 18 ans, appartenant à une famille riche de Berlin; elle avait été atteinte de ce mal dès sa plus tendre enfance, et elle vint ici pour se mettre en traitement en 1863.

La peau de la figure, des oreilles, du cou, de la nuque, des épaules, des bras et de la poitrine jusqu'à la hauteur de la 3e côte, frappait tout d'abord le regard par son aspect bariolé, que lui donnait la présence sur ces différents points d'une quantité considérable de taches de pigment jaune brun, de la grandeur d'une tête d'épingle à celle d'une lentille. En outre, elle était fortement tendue, comme retournée sur elle-même, elle paraissait très mince au toucher, et l'on pouvait difficilement en saisir un pli. Sa surface était lisse sur certains points, tandis que sur d'autres l'épiderme se détachait en minces lamelles; ou bien on voyait des sillons complètement plats, linéaires, dessinés dans l'épiderme, de sorte que la peau, dans sa couche la plus supérieure, semblait desséchée comme du parchemin, ridée, vieille, tandis que les parties plus profondes étaient fortement rétractées. Sa coloration sur certains endroits était blanche, par absence de pigment, tandis que l'on voyait disséminées, comme nous l'avons dit, de nombreuses taches de pigment grosses comme un point ou du volume d'une lentille, d'un brun jaune ou brun foncé, ressemblant à des taches de rousseur.

Çà et là on voyait des tumeurs vasculaires (téléangiectasies) de la grandeur d'une tête d'épingle à celle d'une lentille, colorées en rouge vif. Le tissu graisseux sous-cutané n'était pas notablement diminué. La peau était un peu froide. On reconnaissait distinctement de fins poils follets sur la peau malade. La sensibilité n'était pas diminuée. En dehors du sentiment de tension, la malade n'éprouvait aucune sensation anormale, ni douleur, ni démangeaison.

A la hauteur de la 3e côte, et au niveau du tiers supérieur du bras, l'état anormal de la peau cessait à peu près d'une façon nette et brusque. Au-dessous de cette ligne, la peau des seins, du tronc tout entier et des membres inférieurs était complètement normale, lisse, onctueuse, belle.

L'état général était normal, ainsi que la menstruation.

Par suite du ratatinement de la peau du visage, les paupières inférieures des deux yeux étaient tirées en bas; à l'œil gauche, l'ectropion était si considérable que cet œil ne pouvait plus se fermer, et la cornée, constamment découverte dans sa moitié inférieure, était dans toute cette étendue ramollie et opacifiée. Le nez paraissait amaigri à sa pointe par suite du ratatinement de la peau. De même, le pavillon de l'oreille de chaque côté présentait à différentes places sur ses bords des échancrures déterminées par la même cause. Enfin la malade ne pouvait que médiocrement écarter les lèvres l'une de l'autre.

Au sujet de cette malade, j'ai appris plus tard (par M. le Dr F.-W. Hoffmann, de Berlin) qu'elle mourut en septembre 1872, par conséquent à l'âge de 25 ans environ, d'une hydropisie consécutive à un cancer péritonéal.

Le 2e cas était relatif à une petite fille de 10 ans, née en Hongrie, qui, comme la première malade, souffrait de cette affection depuis sa première enfance.

Elle s'était présentée en 1869, et à cette époque la peau du visage jusqu'au-dessous de la région maxillaire, ainsi que sur la face dorsale des mains

Digitized by Google

et le côté de l'extension des bras, était le siège de la pigmentation barrée que nous avons décrite. L'épiderme, particulièrement sur les paupières et les joues, était ridé, ratatiné; par suite, les paupières supérieures étaient un peu attirées en bas, les paupières inférieures étaient retournées en bas et en dehors, et les yeux semblaient plus petits par en haut et découverts par en bas. Les ouvertures de la bouche et des narines étaient également un peu rapetissées.

Du reste la peau était modérément tendue, on pouvait encore, mais avec moins de facilité, en soulever un pli. La couche graisseuse sous-cutanée ne paraissait pas altérée.

Un an plus tard l'enfant se représenta de nouveau. L'état de la peau ne s'était pas notablement modifié. Mais le nez était couvert d'une tumeur en forme de poire, rouge, rugueuse et verruqueuse, fendillée, secrétant un liquide sanieux, nauséabond, qui, partant du pourtour des orifices du nez par son bord large, montait uniformément sur les surfaces latérales et dorsale du nez avec lesquelles elle adhérait solidement sur une hauteur de 3/4 de pouce sur certains points, puis s'étendait en s'amincissant progressivement jusqu'à la racine du nez et au voisinage du grand angle des deux yeux.

Je reconnus que le néoplasme était un épithélioma; j'entrepris de le détruire, et, dans le cours de l'opération, je constatai qu'il existait déjà une perforation triangulaire sur le bord inférieur du cartilage droit.

Sur la joue gauche et sur le côté gauche de la lèvre supérieure, il y avait un bouton de la grosseur d'un pois, de couleur hyaline, tout fendillé : c'était également un épithélioma.

J'ai appris plus tard, par le Dr Langer, que l'enfant, ainsi que je l'avais préjugé d'après la rapidité et la multiplicité du développement des carcinomes, a succombé environ deux ans après, dans son pays, à une cachexie cancéreuse.

Les 3e et 4e cas, que j'ai observés moi-même, concernaient deux sœurs nées en Silésie, qui se sont présentées à la Clinique dermatologique de Vienne, dans le courant de l'année 1873, à l'âge de 6 et 8 ans (Pl. XV et XVI). Dans ces deux cas encore l'apparition de la maladie avait été précoce, dans le courant de la seconde année de la vie, et l'affection elle-même correspondait complètement dans tous ses symptômes et jusque dans les plus petits détails : localisation, production de pigment, téléangiectasie, formation de taches (places) blanches, brillantes, atrophiques, rétraction de la peau, etc., avec le fait déjà rapporté par moi sous le numéro 2, dans l'année 1870. Geber qui, en qualité d'aide de clinique, a observé ces deux cas, les a publiés en 1874 (*Vierteljhsc. f. Dermat. u. Syph.*, 1 H, p. 3 et sq.), sous ce titre : « *Sur une forme rare du nævus des auteurs.*) Réellement ces deux cas sont à vrai dire comme une reproduction fidèle de mon observation n° 2, affirmation que je peux soutenir avec une assurance d'autant plus grande que j'ai moi-même observé ces deux enfants pendant plusieurs mois.

L'identité des formes pathologiques dans les 2e, 3e et 4e cas, est encore corroborée d'une façon particulière par ce fait que chez l'aînée des deux filles qui font l'objet des deux dernières observations, il s'était formé sur le visage de nombreux boutons de sarco-carcinome qui ont récidivé malgré l'extirpation qui en avait été pratiquée.

Le 5e cas était celui d'une fille âgée de 5 ans et demi, peu développée et mal nourrie, sourde-muette, premier enfant de parents jeunes et sains, habitant la Pologne. A l'âge de six mois cette enfant aurait eu une inflammation

Digitized by Google

du cerveau ; c'est dans la seconde année de sa vie que la maladie de peau s'est développée.

On m'amena l'enfant au commencement de juin 1878. Déjà le premier coup d'œil fut suffisant pour me convaincre que cette forme morbide représentait un fidèle portrait des cas précédemment décrits, à tel point que pour faire la description objective de l'ensemble des symptômes qu'offrait cette enfant, je dus répéter, pour ainsi dire, mot pour mot ma description des faits antérieurs.

La peau de la figure et aussi la face muqueuse de la lèvre jusqu'au-dessous de la région maxillaire, le côté de l'extension des doigts, le dos de la main et l'avant-bras jusqu'au tiers inférieur du bras, des deux côtés, la peau de la nuque latéralement jusqu'à la limite du sterno-cléido-mastoïdien et jusqu'à la région de l'épaule, étaient parsemés de nombreuses taches de pigment du volume d'une tête d'épingle à celui d'une lentille, d'un brun jaune allant jusqu'au brun noir, ressemblant assez aux taches de rousseur. Ces taches allaient en diminuant comme nombre et comme intensité de couleur à mesure qu'elles se rapprochaient des limites que nous avons indiquées. Entre les taches de pigment existaient de nombreuses places de mêmes dimensions, d'un blanc brillant, luisantes comme des cicatrices, et légèrement enfoncées (atrophiques). Çà et là de petits vaisseaux télectasiés.

L'épiderme, particulièrement sur les paupières et les joues, était ridé, ratatiné, l'ouverture des lèvres rétrécie, les paupières inférieures étaient un peu renversées, épaissies sur les bords, parsemées de pustules de blépharadénite. La conjonctive bulbaire était injectée ; le limbe de la cornée était tuméfié et présentait une pustule ; le nez était aminci, la surface muqueuse de la lèvre était ridée et parsemée de taches brunes ; enfin la bouche ne pouvait pas s'ouvrir complètement.

Du reste la peau malade, bien qu'elle fût ridée, pouvait encore partout se soulever facilement en plis ; le tissu cellulaire sous-cutané était maigre. Les articulations des doigts et des mains étaient complètement libres dans leurs mouvements.

La face palmaire des doigts, des mains et des avant-bras était entièrement exempte de l'altération que nous avons décrite ; il en était de même de la peau de tout le reste du corps, en avant depuis le sillon du cou, en arrière depuis la hauteur de l'épaule jusqu'en bas. De même sur les membres inférieurs la peau était normale.

Le 6e cas est celui d'un petit garçon alors âgé de 2 ans et demi, frère de la dernière fille dont je viens de parler ; je n'ai pas eu l'occasion de voir moi-même cet enfant, mais les parents m'ont raconté spontanément que depuis une année environ, c'est-à-dire dans le courant de la seconde année de sa vie, il avait été atteint de la même maladie. Ils me l'ont décrite d'une façon si exceptionnellement claire que je n'aurais aucun motif pour douter de l'exactitude de leur déclaration, surtout connaissant déjà l'existence de cette maladie chez sa sœur.

Le 7e cas est celui d'un étudiant hongrois A. S. (Pl. XVII.) Il avait 17 ans, quand il vint le 3 octobre 1879 réclamer mes soins ; il portait une ulcération qui de la joue droite remontait jusque sur le dos du nez. D'après ce qu'il nous raconta, cette ulcération avait été brûlée plusieurs fois depuis un an, mais sans bon résultat, par son médecin et elle avait débuté 5 ans avant par plusieurs tubercules isolés. Quoique j'eusse bien remarqué déjà à cette époque l'existence de nombreuses taches de pigment sur le visage du malade et que

Digitized by Google

par conséquent, en me basant sur mon expérience des faits que j'avais observés antérieurement, je fusse très disposé à considérer cette ulcération comme étant de nature cancéreuse, je dus cependant, en raison des symptômes objectifs qu'elle présentait, l'envisager comme une affection syphilitique. Avec ce diagnostic je fis admettre le malade à la clinique dermatologique ; là on le traita en conséquence par des applications locales d'emplâtres mercuriels et intérieurement par la décoction de Zittmann : il obtint de ce traitement de tels résultats que déjà au bout de 27 jours, le 30 octobre 1879 il put quitter la clinique étant guéri.

Environ un an et demi après, le 20 juillet 1881, ce jeune homme obtint de nouveau son admission, mais cette fois pour de nombreux boutons cancéreux, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pfennig, les uns intacts, les autres fendillés et ulcérés d'une façon tout à fait caractéristique, siégeant sur le visage, les paupières, les joues, le nez, le menton. Chez ce malade je retrouvais manifestement sur la peau de la figure et du cou les symptômes que j'ai décrits d'une façon très détaillée dans mes premières observations : la fonte progressive des tissus, c'est-à-dire ces petites fossettes et ces lignes dépourvues de pigment, les unes plates, les autres enfoncées comme des cicatrices entremêlées de taches pigmentaires jaune brun, ainsi que de nombreuses télangiectasies. Le malade séjourna trois mois et demi à la clinique sans pouvoir obtenir une guérison complète, c'est-à-dire que les nombreux boutons et les nombreuses ulcérations qu'il présentait furent bien partout détruits au moyen de la cuiller coupante, du crayon de potasse et de la pierre infernale, de la pommade à l'acide pyrogallique, etc...., mais chaque fois il s'en reproduisait de nouveaux sur les parties les plus diverses. Le 8 novembre 1881, le malade présentant les prodromes de variole fut évacué sur l'hôpital des varioleux. En sortant de là, il s'en retourna dans son pays pour fortifier sa santé générale qui était très affaiblie, et depuis ce moment je n'ai plus eu de ses nouvelles.

Le 8e cas, que j'ai reçu à ma clinique le 5 avril de cette année et que j'ai présenté le 4 juin suivant à la Société impériale et royale de médecine, est celui d'un jeune paysan François Laber, âgé de 22 ans (Pl. XVIII). Le malade raconte que la peau de son visage a été normale jusque vers 16 ans. Il y a 5 à 6 ans qu'il remarqua pour la première fois de petits dépôts de croûtes sur les joues et sur le nez.

Depuis environ 3 ans, une petite lésion croûteuse de l'oreille a donné naissance à l'ulcère qui se voit aujourd'hui sur ce point. Il y a 2 ans le malade a constaté le néoplasme qui existe sur la paupière inférieure gauche, et il y a un an l'ulcération de la lèvre inférieure. L'état général n'a jamais été troublé.

Lors de la réception du malade à ma clinique, le 5 avril, on notait l'état suivant : la peau du visage frappe de suite le regard par une décoloration particulière qui est surtout très intense dans les parties situées entre les yeux et les lèvres. On y trouve fortement serrées les unes contre les autres, et irrégulièrement entremêlées, des taches lenticulaires, jaunâtres, ressemblant à des éphélides, d'une coloration quelquefois brun foncé, du volume d'un grain de millet à celui d'une lentille et au delà, et des places blanches, brillantes, en partie lisses, en partie à fond superficiel et irrégulier, cicatricielles et télectasiées. L'épiderme est sec, mat et sur certains points il se soulève en écailles furfuracées.

De plus, il y a encore quelques taches formées de verrues pigmentaires

Digitized by Google

colorées en brun foncé, consistantes et formant une certaine saillie. Sur quelques-unes de ces taches, de même que sur les bords de certaines cicatrices, ou bien à l'état isolé au milieu de la peau normale, on trouve de petits tubercules gros comme un grain de millet ou de chenevis, qui ont le brillant, la transparence et la fermeté de la cire avec une couleur jaunâtre allant jusqu'au rose rouge. Ce sont des tubercules de cancroïde. Sur le nez, il y a des boutons du même genre, mais plus gros et plus nombreux.

Sur l'arcade zygomatique gauche existe un bouton semblable, plus gros qu'une lentille, dont le centre enfoncé est recouvert d'une croûte d'où sort par la pression un liquide purulent ténu. — Sur la paupière inférieure gauche se trouve un bouton presque circulaire, plat, grand comme une pièce d'un quart de florin, de consistance ferme, qui traverse toute la peau, n'adhère pas solidement à la couche sous-jacente et dépasse le niveau de la peau d'environ 3 à 4 millimètres; sa partie centrale est ulcérée et secrète en petite quantité du pus jaune grisâtre, liquide et ténu. Les bords de l'ulcération centrale sont assez mal délimités jusqu'à une distance de 5 millimètres de la circonférence, ils sont aussi un peu retroussés; le fond est couvert de végétations papillaires légèrement indurées.

Dans le voisinage immédiat de ce bouton, les petits tubercules transparents que nous avons signalés plus haut existent en plus grande quantité.

Près de l'angle droit de la bouche, la lèvre inférieure porte un bouton de la grandeur d'un pfennig, saillant de 3 millimètres, nettement limité, offrant une surface inégale, granuleuse, ulcérée, une consistance ferme et une couleur rouge clair.

Sur l'oreille externe droite, se trouve une ulcération plate, dentelée, nettement délimitée, entourée par un bord élevé, dur, blanchâtre et transparent, sécrétant peu, qui va du milieu du tragus jusque près du bord inférieur du lobule supérieur, et de l'origine du méat auditif jusqu'à 2 centimètres environ sur la peau de la région parotidienne.

La peau du cou et de la nuque est pigmentée en brun d'une manière diffuse et présente, en outre, de nombreuses taches de pigment de forme lenticulaire, colorées en jaune ou en brun noir, qui s'étendent jusque sur les épaules et sur le sternum.

Les membranes muqueuses accessibles à l'examen direct sont normales; le laryngoscope et l'ophtalmoscope ne révèlent aucune altération. La peau du reste du corps est normale. Les glandes cervicales et maxillaires sont modérément gonflées; sous la branche gauche du maxillaire inférieur se trouve un ganglion gros comme un œuf de pigeon, ferme, non fluctuant. Les organes internes sont sains.

L'examen microscopique de quelques boutons, de quelques taches pigmenteuses excisées, et d'une partie du bord de l'ulcération de l'oreille permet de reconnaître dans toutes ces parties du carcinome épithélial. (Voyez Pl. XIX.)

Si l'on compare la description que j'ai donnée de cette maladie il y a douze ans (loc. cit.), avec les symptômes qu'ont présentés les malades dont j'ai rapporté l'histoire d'après mon observation ultérieure, la parfaite coïncidence de ces huit faits les uns avec les autres est évidente. Dès lors, je n'ai rien d'essentiel à ajouter à la symptomatologie que j'eus à tracer à cette époque.

La détermination que je fis alors, en me basant seulement sur deux cas, d'une forme pathologique particulière sous le nom de xeroderma s'est trouvée

Digitized by Google

de plus en plus justifiée à mesure que les cas analogues se sont montrés plus nombreux à mon observation ainsi que je l'ai exposé précédemment.

Il est incontestable qu'il existe une certaine analogie de symptômes entre le xeroderma pigmentosum et le scléroderma à certaines périodes, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer dans ma première description. Mais cette analogie est précisément assez grande pour qu'il soit nécessaire d'indiquer les éléments du diagnostic différentiel.

« On ne peut méconnaître » — écrivais-je en 1870 — que les symptômes de la xérodermie que nous venons de décrire, rappellent beaucoup les phénomènes que nous avons énumérés (loc. cit. p. 74 et s.) à propos du scleroderma des adultes, et en particulier de sa forme atrophique qui survient comme période consécutive de la maladie, résultant d'une sclérose antérieure, et à laquelle Wernicke a donné le nom de sclérome cicatrisant de la peau. »

« Et cependant je crois devoir séparer ces deux affections l'une de l'autre. Pour qui aura même une seule fois l'occasion de voir les symptômes de la xérodermie, le diagnostic différentiel s'imposera de lui-même, bien que certains caractères paraissent communs à la sclérodermie et au xéroderma. »

Ce que j'ai dit là, je le maintiens aujourd'hui.

La différence essentielle consiste en ceci que dans la sclérodermie il existe tout d'abord un état dans lequel la peau tendue, raccourcie, est en même temps dure comme une planche, raide, comme gelée, elle alors ressemble à du marbre et l'épiderme est lisse ; puis la peau revient complètement à l'état normal ou bien elle passe à l'état d'atrophie, de raccourcissement, d'où il résulte qu'elle paraît fortement tendue, raccourcie qu'elle est recouverte d'un épiderme finement ridé et parfois de taches pigmentées et de télangiectasies. Mais la période initiale d'infiltration et de rigidité qu envahit la peau et le tissu cellulaire sous-cutané est le phénomène essentiel ; l'atrophie n'est qu'une période de terminaison, la pigmentation qu'un phénomène accessoire qui souvent manque complètement ; d'un autre côté, il y a encore ceci d'essentiel, que cet état n'est pas congénital, mais qu'il survient à une époque plus ou moins avancée de la vie, et enfin qu'il ne s'arrête pas à une localisation déterminée.

La xérodermie, au contraire, est toujours congénitale dans le même sens que les nævus, le prurigo, l'ichthyose, c'est-à-dire qu'elle se développe, comme nous l'avons vu, dans le cours de la première enfance, de la deuxième année de la vie. Il n'y a jamais une période de dureté marmoréenne, mais la production de pigment et une atrophie ponctuée, progressive, sont les premiers symptômes, ceux-ci persistent avec la même forme et d'un autre côté affectent toujours la même localisation, c'est-à-dire tout d'abord le côté de l'extension des membres supérieurs et inférieurs la peau du visage, d'où ils se propagent vers le tronc. Jamais, d'ailleurs, on n'observe une raideur et une immobilité de la peau malade, de la peau de la face, par exemple, comme celles qui caractérisent la sclérodermie.

Quant aux altérations anatomo-pathologiques elles-mêmes, la différence entre ces deux affections est également considérable, ainsi que je l'ai déjà exprimé il y a plusieurs années (*Traité des mal. de la peau*, loc. cit., p. 184).

« Dans la sclérodermie, la maladie débute par une infiltration du tissu cellulaire sous-cutané qui est dur comme une planche. Le chorion lui-même semble ne s'altérer que plus tard et dans certaines parties ; l'épiderme n'est

Digitized by Google

presque pas atteint, et quand il l'est, ce n'est en tout cas que dans les périodes ultérieures de la maladie.

» Dans le xéroderma, la déformation, le ratatinement, l'atrophie, semblent commencer par le corps papillaire et l'épiderme, d'où ils se propagent vers le chorion. » L'altération de la pigmentation est évidemment une conséquence du travail d'atrophie, ainsi que cela s'observe aussi dans d'autres cas où l'atrophie se produit.

Peut-être l'atrophie des vaisseaux papillaires est-elle le début de cette altération, elle amène l'atrophie des papilles, de l'épiderme et de la formation de pigment, et d'autre part elle détermine la production de petites télangiectasies.

Cet exposé démontrera, je pense, d'une façon évidente que le xéroderma est une maladie spéciale et indépendante et j'espère qu'il convaincra, même ceux que la description que j'ai donnée, en 1870, des deux premiers cas observés par moi, laissait indécis (1).

Dans le fait, en dehors de Geber, il y a encore d'autres auteurs, Glax, Duhring, Taylor, qui après moi ont publié des cas de la même maladie et, quoique peut-être le cas de Glax (Allg. W. Med. Ztg, 1874, p. 35) se rapproche plutôt du scleroderma que du xeroderma, et quoique Schwimmer dans son livre tout récent « *Les Dermatonoses névropathiques* » p. 189, a identifié la sclerodermie avec le xeroderma, cela n'aurait d'autre résultat que de montrer combien, pour établir le diagnostic dans un cas spécial, il est nécessaire de distinguer avec soin entre les symptômes de ces deux affections.

A mon avis, une maladie qui ressemble au xeroderma pigmentosum plus encore que la sclérodermie atrophique, c'est la lèpre pigmenttaire particuculièrement cette forme spéciale dont j'ai décrit un exemple à la page 416 du IIe vol. du *Traité* de Hébra-Kaposi, et dont j'ai trouvé encore un cas exactement semblable ; c'est plutôt dans ce sens que je crois la confusion possible. Il faudrait alors considérer que des pigmentations brillantes, diffuses, colorées en brun sépia, comme on en observe ordinairement dans la lèpre pigmentaire à côté des tâches analogues aux éphélides, ne se rencontrent pas dans le xeroderma pigmentaire, dans lequel d'ailleurs il ne survient pas d'anesthésies ni de mutilations. Ainsi j'ai vu il y a peu de temps une fille de 18 ans, originaire d'une contrée où la lèpre est sporadique, dont la figure, les extrémités supérieures et le buste présentaient les taches pigmentaires, les télangiectasies et les fossettes atrophiques que l'on rencontre dans le xeroderma pigmentosum et chez qui, en raison du faible développement des symptômes de l'atrophie et de la provenance de cette fille d'une région à lèpre, j'ai dû émettre l'avis qu'il pouvait être question de cette dernière maladie.

Comme il s'agit ici d'une maladie congénitale, qui survient dès la plus tendre enfance, dont le symptôme essentiel est la production de taches, on peut de suite poser la question : pourquoi ne désignons-nous pas simplement cette maladie, ainsi que les autres dyschromasies congénitales sous le nom de signe pigmentaire, de nævus ?

(1) J'ai même, dans la séance en question de la Société impériale et royale de médecine, présenté à côté du cas de xeroderma pigmentosum deux cas de scléroderma, de façon à rendre plus claire encore aux yeux des assistants la différence qu'il y a entre ces deux formes morbides.

Digitized by Google

Et dans le fait, comme nous l'avons déjà mentionné, Geber a décrit les cas 3 et 4, sous le nom de « forme particulière de nævus des auteurs. » Nous n'aurions rien à objecter à cette appellation en elle-même, si seulement l'expression « particulière » s'appliquait aux symptômes spéciaux par lesquels cette forme de maladie se distingue précisément des nævus pigmenteux. Eni tout cas il faudrait dire : nævus pigmentosus atrophicus et progrediens, ains que du reste Taylor a proposé le nom d' « Angioma pigmentosum et atrophicum. « C'est là, en effet, que réside le fait capital de la particularité de cette forme pathologique et en même temps l'origine de la fâcheuse combinaison, que nous avons signalée, de cette maladie avec le carcinome.

Ce que l'on désigne généralement sous le nom de signe pigmentaire, simple ou compliqué de verrue, nævus pigmentosus et verrucosus, nævus spilus, etc..., est une production qui toujours reste stationnaire pendant toute la vie, ou qui, du moins, ne subit pas de profondes modifications de nutrition. Ce n'est que rarement, et alors seulement dans un âge avancé de la vie, et simultanément avec des altérations analogues dans toute la peau et dans d'autres organes, qu'il se manifeste dans la verrue un travail plus actif de végétation, mais avec lequel il se produit un bouleversement des proportions élémentaires intimes des tissus, par suite duquel les formations épithéliales l'emportent sur le tissu cellulaire, et dès lors la voie est ouverte au carcinome.

Dans le xeroderma, nous avons à faire à des taches pigmentaires qui, contrairement au nævus, sont soumises dès le début, dès la plus tendre enfance, à une transformation active. Production de pigment, apparition de nouvelles taches semblables à des éphélides, et même, comme le suppose Taylor, formation de nouveaux rameaux et entrelacements vasculaires, ces divers phénomènes représentent pendant une année un travail progressif, un travail morbide auquel succède avec une marche égale l'atrophie, la disparition des papilles et du pigment, tandis que l'on ne devrait envisager les sombreuses télangiectasies que comme des phénomènes consécutifs mécaniques, de même que tout autre genre d'atrophie du chorion et du corps papillaire.

Ce qui donne à l'ensemble des symptômes du xeroderma un cachet de maladie spéciale, ce n'est pas seulement la production des taches pigmentées, laquelle pourrait à elle seule justifier le nom de nævus pigmentosus, mais bien la mutabilité typique que nous avons décrite des phénomènes intérieurs de nutrition et des phénomènes externes, cliniques, caractère qui réclame une dénomination spéciale.

Quelle relation y a-t-il entre le xeroderma pigmentaire et la production si souvent observée, ainsi que nous l'avons indiqué plus haut, de la sarcomatose et de la carcinomatose? On ne peut également répondre à cette question que par la mutabilité, spéciale à cette affection, des éléments anatomiques dans la couche papillaire et par le dérangement de leurs proportions réciproques. Cependant à *priori* il y a là quelque chose de très étrange, c'est que, comme le montrent les observations citées, le carcinome épithélial survienne chez de si jeunes individus et surtout d'une manière si aiguë et dans tant de foyers en même temps.

Dans les conditions ordinaires, le cancer de la peau, limité à un ou plusieurs foyers, n'apparait généralement que chez les gens d'un âge avancé, mais presque toujours dans certaines places qui y sont prédisposées sous le rapport anatomique, celles qui ont foncièrement une forte structure papillaire,

Digitized by Google

de grandes papilles, et, par conséquent, une épaisse couche épithéliale, comme les verrues papillaires et pigmentaires, ou bien dans des points où existe une couche épithéliale anormalement épaisse produite par un travail pathologique, comme dans les durillons, les plaques épithéliales grises de la muqueuse de la langue et de la bouche (Psor. mucos. oris après la syphilis, leucoplakia buccalis, Schwimmer), ou dans les granulations exubérantes et souvent troublées dans leur marche et leur terminaison physiologique (sur les ulcères des pieds, dans la syphilis et le lupus exulcérant et végétant). Mais on doit craindre l'apparition du cancroïde, seulement lorsqu'il se manifeste dans la couche papillaire (papilles et épithélium), un échange trop actif de matière et de tissu, et que les proportions quantitatives entre le cône d'épithélium et le fond de tissu cellulaire sont dérangées en faveur du premier, qu'il y pénètre, soit simplement, soit sous forme d'arborescences, comme je l'ai spécialement démontré pour le carcinome relativement au lupus.

Ainsi, une verrue existante depuis 50 à 70 ans, se transforme en cancroïde seulement de la façon que nous venons d'indiquer, de même que les durillons de l'épithélium de la langue qui existaient depuis des années, etc.

Au contraire, dans le xeroderma pigmentosum, l'échange actif de matière, la production et la disparition rapides de nouvelles papilles et d'un épithélium nouveau, des éléments qui produisent le pigment et de celui qui le porte, tout cela existe dès le début ; cette rapide transformation des éléments appartient à l'essence même de la maladie et c'est ainsi que, par avance, se trouvent constitués les éléments histologiques et nutritifs du cancroïde. Avec cette manière de voir, l'apparition insolite du carcinome multiple chez des individus aussi jeunes, se rattache facilement aux catégories étiologiques déjà connues de l'épithélioma.

Comme on le voit, tandis que, pour ce qui est de la cause du xeroderma pigmentosum, nous sommes obligé de nous contenter de noter une « disposition héréditaire » qui n'explique pas grand' chose, exactement comme pour d'autres anomalies congénitales du pigment, nous pouvons, relativement à la carcinomatose qui complique le xeroderma, trouver une explication suffisante dans les conditions histologiques qui constituent essentiellement le fond de la maladie.

Le pronostic du xeroderma pigmentosum, d'après notre expérience personnelle jusqu'à ce jour, est bien peu favorable. On sait que la thérapeutique ne réussit guère contre la dyschromasie, qui dépare considérablement les malades. Mais pour ce qui est de la carcinomatose, nous sommes également assez pauvres : on réussit bien toujours, en effet, à éliminer, par l'une des méthodes connues, les boutons cancéreux qui existent, mais nous sommes incapables d'empêcher les nouvelles poussées de se produire. Pourrait-on, dans un cas à marche lente, obtenir un arrêt dans l'ensemble de la maladie, au moyen d'une médication interne prolongée, c'est ce que l'avenir seul nous apprendra.

Mais ce que l'on doit savoir, et ce que l'expérience a déjà démontré, comme nous l'avons dit plus haut, c'est que, quand chez un de ces malades il survient sans cesse de nouveaux foyers carcinomateux, les glandes et les organes internes finissent par subir eux-mêmes la dégénérescence cancéreuse, et alors, le malade tombe dans le marasme, ou présente des complications qui entraînent bientôt la mort.

Digitized by Google

RECUEIL DE FAITS

CHANCRE SYPHILITIQUE DE L'AMYGDALE, HYPERTROPHIE TEMPORAIRE DE L'AMYGDALE OPPOSÉE, FIÈVRE SECONDAIRE INTENSE.

Service de M. B. ANGER (hôpital Lariboisière).

Observation recueillie par M. A. Morel-Lavallée, interne du service.

La nommée Virginie P..., âgée de 22 ans, femme de chambre, se présente le 24 octobre 1882 à la consultation, se plaignant de douleur à la gorge et de difficulté à avaler.

En déprimant la langue, on voit que les deux amygdales sont volumineuses et ne laissent plus entre elles qu'un petit espace libre; les piliers et la luette sont rouges; mais, en outre, l'amygdale gauche se présente comme il suit :

Elle semble se détacher de la paroi pharyngée comme un cylindre régulier à sa périphérie, mais dont l'extrémité libre, regardant la cavité buccale, serait coupée obliquement et régulièrement, de façon que son point le plus élevé correspond à la luette elle-même gonflée, tandis que son point le plus déclive est de niveau avec le plan du pilier antérieur.

Or, cette surface est si régulièrement plane et unie que les cavités des cryptes sont effacées et n'apparaissent que comme des lignes. Elle est d'un rouge vif, brillante, lisse, vernissée. Sa forme est celle d'un ovale parfait, empiétant de quelques millimètres sur le pilier antérieur. Ses bords, qui ne font pas saillie, sont très nettement irisés.

A ces seuls caractères objectifs d'une surface rouge vif, lisse, plane, non excavée, d'une orbicularité parfaite, nous reconnaissons le type du chancre syphilitique tel qu'il est tracé par M. le professeur Fournier dans ses leçons de Lourcine; et cependant, au dire de la malade, la lésion remonte au moins à trois semaines, il n'y a encore comme adénopathie qu'un ganglion gros à peine comme une petite noisette, à l'angle gauche de la mâchoire.

La malade, habituellement sujette à la céphalalgie, en souffre beaucoup depuis quelques jours.

Rien autre à noter.

Huit jours après, la malade revient; l'aspect de l'érosion est exactement le même; le petit ganglion juxta-maxillaire a très peu grossi, mais est devenu sensible.

Le 9 *novembre*, la malade entre à l'hôpital, car son mal de gorge augmente; les deux amygdales se touchent presque et obstruent l'isthme du gosier. Le ganglion est douloureux. La malade « a tout le temps la fièvre », et celle-ci augmente à partir de 2 heures jusque dans la nuit; elle est très

Digitized by Google

faible, toute courbaturée; elle ne mange plus; sans cesse elle a froid, surtout aux pieds et aux genoux.

L'amygdale est très dure au toucher; l'ulcération est toujours rouge, mais en certains points s'y montrent quelques granulations très fines, rouge groseille, tranchant sur le reste : le chancre va se cicatriser ou changer d'aspect.

1 pilule protoiodure Hg 0.05. Garg. chlorate de potasse.

Les jours suivants, nous assistons à une véritable explosion d'adénopathies céphaliques et cervicales. Les ganglions parotidiens, mastoïdiens, sous-occipitaux, cervicaux sont douloureux. La fièvre et l'insomnie augmentent. Céphalalgie très vive.

12 *novembre*. Le chancre s'est excavé à son centre, tout en gardant le fond lisse; il pâlit et blanchit par places; l'amygdale qui le supporte a un peu diminué de volume, l'amygdale opposée aussi.

Céphalalgie, frontale et sus-orbitaire, très intense, avec sueurs, sans chaleur. Sensation continuelle de froid.

KI 1 gramme.

14 *novembre*. Le chancre a l'aspect diphthéroïde, d'un blanc lardacé par endroits; l'amygdale est beaucoup plus petite; l'amygdale droite est revenue à son volume normal.

Les adénopathies sont moins douloureuses.

Courbature; céphalalgie atroce.

KI 2 grammes.

22 *novembre*. Depuis huit jours, la fièvre prend une intensité plus grande. Elle commence à 2 heures et demie et continue jusque vers minuit. Cette nuit, à 11 heures, sueurs profuses.

Céphalalgie généralisée; hyperesthésie crânienne; *la malade ne peut se peigner, tant les dents du peigne lui font mal.*

Sulf. quinine, 0.50.

23 *novembre*. Le chancre a l'aspect blanc, grenu; aussi est-il facile d'en voir la partie qui empiète sur le pilier antérieur, tranchant sur le rose de la muqueuse environnante. L'amygdale se retirant et reprenant sa consistance normale, on voit que la luette s'y était pour ainsi dire creusée une loge.

Le tiers inférieur de la glande est cicatrisé, et on y distingue les cryptes; l'amygdale droite, lisse et rouge, a encore diminué de volume.

24 *novembre*. Hier la malade a pris KI, 2 grammes, 1 gramme de sulf. quinine.

Fièvre et sueurs moins abondantes. L'hyperesthésie du cuir chevelu a disparu.

26 *novembre*. Les sensations de froid n'existent plus; la céphalée est moins vive. — Quinine supprimée.

2 *décembre*. Sortie de la malade. La cicatrisation avance de plus en plus. (Il n'y a jamais eu de traitement local; aujourd'hui, légère cautérisation au crayon de nitrate d'argent.) Il n'y a plus de fièvre. Céphalalgie, mais moins forte.

Traitement : Iodure supprimé, pilule protoiodure.

9 *décembre*. La malade revient à la consultation. Le tiers supérieur de l'amygdale est encore blanchâtre. *Les deux amygdales sont douloureuses.*

SYPHILIDES ÉROSIVES OPALINES SUBLINGUALES depuis quatre jours. Pas de roséole.

14 *décembre*. La malade rentre à l'hôpital. Syphilides érosives sur les deux amygdales et sur le pilier gauche, qui était chancreux.

Digitized by Google

HISTOIRE ET CRITIQUE

Doit-on écrire Jacques de Béthencourt ou Jacques d'Abéthencourt? (à propos du travail de E. Turner. *Annales de Dermatalogie*, 1882), par Georges Doncieux.

Amené par quelques recherches bibliographiques à consulter le savant travail (*Les Premiers Livres*, etc.) que M. le Dr Turner a publié dans les dernières livraisons des *Annales*, j'y ai relevé, par hasard, une méprise d'assez peu de conséquence, mais qu'il est pourtant bon de rectifier, parce que l'auteur y revient plusieurs fois avec tant d'insistance que l'autorité de son érudition pourrait en imposer.

C'est à propos d'un syphiligraphe du XVIe siècle, Jacques de Béthencourt : le Dr Turner veut absolument (no 11, p. 674), qu'on mette à la place de ce nom, *Jacques d'Abéthencourt*, sous prétexte qu'on lit par trois fois dans l'ouvrage de ce médecin le nom orthographié *Jacobus Abethencourt*.

Or, si vous ouvrez un dictionnaire géographique de la France (nul n'ignore que tous les noms propres à désinence semblable sont ordinairement des noms de lieux qui ont servi par la suite à désigner des personnes), vous trouverez une quantité de *Béthencourt*, *Béthincourt*, *Béthoncourt*, etc... ; mais pour ce nom bizarre et étymologiquement inexplicable d'*Abethencourt*, il n'en existe pas trace.

Il est donc plus que vraisemblable que l'A initial du nom n'est autre que la préposition latine qui répond exactement à notre particule *de*.

Le Dr Turner objectera qu'il y a un endroit sur trois du livre en question, où on lit *Jacobus Ab Abethencourt*, mais c'est là un fait qui se retourne justement contre lui : car s'il fallait voir dans ce redoublement autre chose qu'un accident typographique ou une méprise de l'imprimeur, pourquoi la même particularité ne se retrouverait-elle pas dans les deux autres endroits ?

Quant à l'explication de l'orthographe *Abethencourt* en un seul mot, soit qu'on n'y veuille voir qu'une inadvertance d'imprimeur, soit plutôt que l'auteur lui-même en latinisant son nom y ait soudé la particule initiale (à peu peu près comme il est arrivé pour tant de noms français commençant par un *de*), je ne vois là aucune difficulté sérieuse. Il me semble, au contraire, manisfeste que, par un louable zèle d'exactitude, M. le Dr Turner s'est laissé ici entraîner à une correction inexacte, et qu'en ce petit différend entre lui et tout le monde, c'est tout le monde qui a raison.

Digitized by Google

REVUE CRITIQUE.

DE LA TERMINAISON DES NERFS DANS LA PEAU HUMAINE,

Par **Unna** (de Hambourg).

Analyse d'un mémoire paru en octobre 1882, dans *Monatshefte fur praktische Dermatologie* (1 Bd., 8 Heft).

Il y a un an, a paru le mémoire de W. *Pfitzner* sur la *terminaison des nerfs dans les épithéliums:* Nervenendigungen in Epithel (*In Morphol. Jahrb.*, Bd. VII, S, 726). Dans ce travail, l'auteur, examinant la peau de salamandres et de têtards, arrive aux conclusions suivantes : « *Les filets nerveux entrent toujours deux à deux dans chaque cellule épineuse et se terminent dans le protoplasma par un renflement en forme de bouton.* » Depuis cette époque, Pfitzner a poursuivi ses études sur la peau des animaux vertébrés et sur un morceau de peau pris sur l'homme au niveau de la rotule et il a cru pouvoir généraliser les résultats de ses premiers examens; donc, chez l'homme aussi, *chaque cellule renferme deux terminaisons nerveuses renflées en forme de bouton.*

Tout récemment, se trouvant dans le laboratoire de Waldeyer, à Strasbourg, Unna put examiner un morceau de peau provenant d'un prépuce tout fraîchement excisé, or, *sur toutes ses coupes*, il a remarqué que *toutes les cellules épineuses étaient pourvues de deux filets nerveux* (nerfs sans myéline) qui apparaissaient légèrement noircis par l'acide osmique.

Ces deux filets, venant toujours de directions et de troncs différents, pénétraient dans la cellule, traversaient le protoplasma et allaient se terminer régulièrement autour du noyau sans jamais entrer dans ce noyau et sans jamais avoir de contact l'un avec l'autre.

On sait que les nerfs à myéline sont ceux qui sont entourés d'une gaine médullaire, sorte de manchon protecteur de composition graisseuse ; ce fait est prouvé par l'altération que leur fait éprouver un bain d'éther par sa propriété de dissoudre les matières grasses . Ces nerfs se voient dans le chorion. En quittant le derme, et au fur et à mesure qu'ils pénètrent dans les couches épidermiques, ils perdent leur gaine de myéline, mais non brusquement.

Si l'on a soin d'enlever toute la graisse qui les recouvre, on peut voir qu'ils se comportent chez l'homme à la façon des nerfs étudiés dans la peau des salamandres.

Unna et Pfitzner tombent également d'accord sur le mode de terminaison des nerfs par les deux *boutons nerveux intracellulaires* indépendants.

Unna compare ensuite entre elles les diverses techniques usitées jusqu'à ce

Digitized by Google

jour dans l'examen microscopique des nerfs et donne définitivement la préférence à l'acide osmique sur le chlorure d'or. Par son procédé on peut suivre très distinctement le trajet des filets nerveux dépourvus de myéline dans les espaces interépineux.

Ces rameaux, comme on sait, sont fournis par le réseau nerveux sous-épidermique superficiel ; les uns sont longs, conservent leur myéline et se rendent aux corpuscules du tact ; les autres sont courts, ne tardent pas à perdre graduellement leur myéline, avant même de pénétrer dans les couches épidermiques et se présentent sous l'aspect de filets très déliés.

Dans le derme, déjà un certain nombre de rameaux se terminent par de très petits renflements. Les uns sont libres sous l'épiderme, les autres se rendent *jusque dans l'endothélium des vaisseaux sanguins*. Unna affirme catégoriquement ce dernier fait que son procédé de dégraissement des nerfs rend évident ; c'est surtout dans les capillaires des papilles qu'on peut le constater. La terminaison est d'ailleurs la même que dans l'épiderme et que dans les épithéliums : on remarque deux filets, assez longs, très fins, étendus à la face interne de chaque cellule endothéliale qui portent à leur extrémité un petit renflement en forme de bouton. Ce dernier se trouve dans l'épaisseur du protoplasma, à côté du noyau ou même sur le noyau. La plupart du temps, les filets viennent à la cellule de points différents ; pourtant le fait n'est pas constant.

La couche interne des vaisseaux capillaires est donc parcourue en tous sens par une une riche arborisation nerveuse qui envoie deux filets indépendants à chaque cellule endothéliale.

Du réseau superficiel à myéline qui serpente sous l'épiderme se détache un nombre considérable de fins rameaux qui pénètrent dans la couche épidermique dépourvus de myéline, en suivant les interstices qui séparent les cellules épineuses. Ces rameaux se portent par un trajet relativement long vers la couche cornée mais ne pénètrent jamais dans les cellules et restent toujours dans les espaces lymphatiques. Ils ne suivent pas une direction rectiligne, mais ils s'infléchissent dans leur parcours en subissant un certain nombre de coudes. A cause de ce trajet tortueux et de leur extrême ténuité, il est difficile de les suivre au delà de la longueur de deux ou trois cellules voisines.

Ce fait que, malgré une si grande finesse, on puisse trouver des filets nerveux dans la plupart des espaces interépineux prouve la richesse considérable de filets nerveux sans myéline contenus dans la couche la plus superficielle de la peau. En effet, des rameaux secondaires partent des branches principales, ayant un diamètre presque égal à cetui de ces branches, de telle sorte qu'on en trouve autour de toutes les cellules épineuses.

En continuant l'examen, on les voit pénétrer dans le protoplasma de ces cellules où ils aboutissent à des renflements en boutons terminaux le plus souvent sphériques, quelquefois ovales, situés soit immédiatement entre le susdit protoplasma et le noyau, soit, plus rarement, dans le milieu même du protoplasma.

Jamais une fibre terminale ne pénètre dans le noyau même et jamais les deux filets nerveux intracellulaires ne partent d'un même tronc à la façon de deux cerises supportées par une seule tige ; ils viennent toujours de deux rameaux indépendants.

Telles sont les terminaisons des nerfs dans la peau : signalées pour la première fois par Pfitzner, elles ont été définitivement étudiées par Unna.

Ce dernier met en garde contre quelques erreurs d'interprétation faciles à

Digitized by Google

commettre. On pourrait croire que les fibres terminales pénètrent jusque dans le noyau si l'on vient à confondre le bouton terminal du nerf avec un nucléole. Dans les cas où ce bouton terminal se trouverait dans l'axe du microscope au-dessus ou au-dessous du noyau, l'habitude de la vis micrométrique pourra seule faire éviter l'erreur.

D'autres fois, le croisement des deux branches terminales dans des plans différents produit une image qui pourrait faire admettre faussement que deux branches terminales naissent d'un rameau nerveux commun pour se rendre à une même cellule.

Dans les portions inférieures de la couche épineuse, et particulièrement dans la plus profonde, les branches terminales intracellulaires sont plus difficiles à suivre que dans les portions supérieures ; en effet, la disposition horizontale des cellules de ces dernières couches fait paraître plus grande la largeur du protoplasma avec lequel viennent se croiser les rameaux ascendants qui montent verticalement.

Toutefois, dans ces mêmes couches supérieures, il n'est pas rare de voir les ramifications nerveuses parcourir horizontalement d'assez longs trajets et fournir, chemin faisant, des branches terminales aux cellules sus ou sous-jacentes.

Les cellules les plus profondes des couches inférieures reçoivent aussi par en haut des branches terminales, de sorte que toute arborisation nerveuse née d'un rameau qui pénètre du derme dans la couche épineuse, fournit non seulement des rameaux ascendants, mais encore des rameaux horizontaux et d'autres descendants.

Pour ce qui est de la disposition des rameaux intraépithéliaux, les branches primordiales, collatérales et terminales se comportent exactement de la même manière ; toutes ont à peu près le même calibre qui frise d'ailleurs les limites de la mensuration. Elles noircissent encore facilement par l'osmium quand elles ont été dégraissées et, par conséquent, elles sont facilement reconnaissables dans les espaces interépineux.

Lorsqu'elles sont disposées au-dessous d'une rangée de cellules épineuses, elles peuvent simuler l'aspect d'une série de « nœuds élastiques de Ranvier. »

Elles sont non moins faciles à apercevoir entre le protoplasma et le noyau où on les voit souvent serpenter et entamer à moitié le noyau. C'est lorsqu'elles sont dans l'épaisseur même du protoplasma qu'on les distingue le moins nettement ; on ne peut même les reconnnaître que là où il est exceptionnellement transparent. Il faut éclaircir les préparations par l'acide acétique.

L'osmium ne prend plus sur elles quand elles ont été traitées pendant longtemps, plusieurs semaines, par exemple, par l'éther. Leur coloration repose donc probablement sur une petite couche de substance huileuse éthérée qui doit persister et les revêtir.

Les boutons terminaux ne semblent pas être composés tout à fait de la même substance que les filets, car, après un traitement énergique par l'acide acétique, les boutons terminaux se gonflent, deviennent plus pâles, et on distingue (immersion X, Hartn. oc. 3) une petite masse transparente, sphériforme noircie par l'acide osmique, et par laquelle s'adapte au bouton l'extrémité nerveuse également noircie.

Unna a observé les deux boutons des terminaisons nerveuses intracellulaires dans les points suivants :

D'abord, dans toute la couche épineuse jusqu'à la couche cornée, mais non

Digitized by Google

pas dans la couche cornée ; ensuite, dans toute la longueur des enroulements des glandes sudoripares, aussi bien dans le canal excréteur que dans le glomérule proprement dit où jusqu'aujourd'hui on n'avait suivi aucun nerf intracellulaire ; enfin, dans toute l'étendue de la gaine radiculaire externe du poil, soit chez l'adulte, soit chez le nouveau-né, et, chez ce dernier, quoique plus difficilement, sur de simples préparations durcies à l'alcool.

On ne trouve pas de boutons terminaux seulement sur les nerfs intracellulaires ; on en trouve aussi, çà et là entre les cellules épineuses, à l'extrémité d'une branche plus ou moins longue ; parfois même on en trouve deux ou davantage disposés l'un à côté de l'autre, surtout là où plusieurs espaces interépineux se rencontrent de façon à former un entrecroisement assez large (petit lac lymphatique). Il est possible que ces boutons terminaux ne doivent leur *état libre* qu'à la perte de leurs cellules entraînées par une propulsion irrégulière.

En effet, dans les cellules, les terminaisons nerveuses se font par des petits renflements en forme de boutons : telle est la règle formelle.

Ces recherches confirment donc la réalité et l'exactitude des descriptions de Ranvier et de Fischer, mais démontrent que ces descriptions ne s'appliquent qu'au *trajet intermédiaire des nerfs* et non pas à leurs extrémités terminales et qu'elles ne donnent pas une idée suffisante de la véritable richesse du système nerveux épidermique.

Unna, tout en rendant justice au grand talent de Ranvier, croit devoir déclarer erronée l'opinion en vertu de laquelle le savant français pense que les nerfs peuvent se terminer par des renflements ou des granulations disposées en rangées.

Ces rangées de granulations, que Ranvier considère comme des terminaisons nerveuses, peuvent être mises merveilleusemont en lumière, pourvu qu'il existe un léger œdème de la peau, par le mélange d'acide formique et de chlorure d'or (méthode de Ranvier). En une telle peau, on trouve tout l'épiderme verticalement traversé de filets (imprégnés d'or) intercellulaires qui naissent principalement des papilles à la façon de grosses touffes de poils. Ces filets, colorés par l'or, se ramifient abondamment entre les cellules épineuses et se terminent, immédiatement au-dessous de la couche cornée, par une pointe disposée en forme de *vrille ;* des rangées de granulations sont même envoyées jusque dans les espaces qui séparent les premières cellules cornées. Bref, on voit que leur disposition répond exactement à la description (texte et dessins), de Ranvier. Pour Ranvier, les vrilles disparaîtraient en se fondant en réseaux nerveux terminaux, à l'existence desquels Unna ne croit pas. Unna considère comme des cellules migratrices ramifiées, les cellules qu'on trouve rangées comme des palissades, au-dessous de la couche granuleuse. Celles-ci prennent aussi une belle coloration par les sels d'or. Toute la figure n'est même qu'une parfaite imprégnation par l'or de toutes les voies lymphatiques de l'épiderme, mais elle ne s'adapte nullement à la démonstration des ramifications et des terminaisons nerveuses.

Pour Unna, les rangées granulées de Ranvier correspondent exactement aux dernières lacunes lymphatiques, entre les cellules cornées et les pointes en forme de vrilles, correspondent à des terminaisons borgnes, situées un peu au-dessous des espaces interépineux dans la couche granuleuse. On peut voir, en effet, quand il y a une injection complète des voies lymphatiques, que l'ensemble des espaces forme un réseau fermé.

Naturellement, les ramifications nerveuses qui viennent du derme et qui

Digitized by Google

suivent les espaces intercellulaires participent aussi à la coloration donnée par les sels d'or; mais on peut dire que toutes les méthodes de coloration par l'or indiquées jusqu'à ce jour, paraissent insuffisantes pour faire distinguer la distribution des nerfs étudiés ici. Unna leur reproche de ne pas donner une idée exacte, même dans les planches de Fischer, de l'ubiquité des filets nerveux à l'intérieur de la couche épineuse, ensuite d'avoir causé, même entre les mains expérimentées de Ranvier, une confusion entre des espaces lymphatiques et des terminaisons nerveuses. Unna ajoute que : « des terminaisons nerveuses qui s'augmentent considérablement par un léger œdème, méritent tout aussi peu le nom de terminaisons nerveuses que les cellules migratrices qui s'agglomèrent en masse dans les mêmes circonstances méritent le nom de cellules nerveuses (ganglions). »

Le caractère le plus particulier des petits boutons nerveux terminaux, c'est qu'ils se montrent par paires : c'est là un fait aussi intéressant pour la morphologie, qu'important pour la future physiologie des nerfs périphériques. C'est une éclatante confirmation de la proposition de W. Krause, qui disait que : « le destin de toute fibre nerveuse sensible est d'être blanche et de se terminer par un petit bouton. »

Il était important aussi de démontrer que les ramifications nerveuses ne forment pas des réseaux *passifs* situés entre les éléments épithéliaux ou épidermiques, mais qu'elles pénètrent dans l'intérieur de ces éléments et qu'elles impriment, non pas à un nombre limité de cellules, mais à toute la superficie de la peau, le cachet d'un instrument direct du système nerveux.

La technique qui a permis à Unna d'obtenir les résultats précédents consiste à couper en petits fragments un lambeau de peau fraîche, — à les dégraisser à fond par l'emploi répété de pulvérisation d'éther, puis par un mélange d'éther et d'alcool, — enfin à les traiter pendant quelques heures par une solution à 50 0/0 d'acide osmique. Unna donne à cette méthode le nom d'*Aetherosmium-méthode.*

Dr BARTHÉLEMY.

Digitized by Google

REVUE DE DERMATOLOGIE

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

I. — Indications et mode d'emploi du naphtol dans le traitement des maladies de la peau (*Wien. med. Wochensch*, n° 31, 1882, par Kaposi).

II. — La résorcine dans les maladies cutanées et vénériennes, par Cattani, de Milan. (*Giornale ital. delle mal. ven. e della pelle*, 1882, p. 35.)

III. — La résorcine dans le traitement de l'épithélioma, par Lorenzo Mannino, de Palerme. (*Id.*, p. 156.)

IV. — De l'acide picrique dans quelques dermatoses, par Bufalini. (*Giornale di clinica e terapia*, 1882, et *Giornale ital. delle mal. vener.*, 1882, p. 1.)

V. — Action de la pate camphrée de Beau dans quelques dermatoses, par Schilling, de Rome. (*Giornale ital. d. m. v. e. p.*, 1882, p. 217.)

VI. — Emploi du styrax liquide dans le traitement de l'eczéma, par de Amicis. (*Giornale della scuola Napoletana*, fasc XI, 1881, et *Giorn. ital. della mal. vener.*, 1881, p. 376.)

VII. — Sur le traitement physiologique de certaines formes d'eczéma de psoriasis, et sur la thérapeutique des dermatoses en général, par le Pr Semmola. (*Rivista clinica e terapeutica di Napoli* et *Giorn. ital. delle mal. vener.*, 1882, p. 14.)

Depuis que l'auteur a introduit le naphtol dans la thérapeutique des maladies de la peau (avril 1881), il a, dans l'espace de plus d'une année, eu l'occasion de traiter avec ce nouveau médicament environ 1,000 malades : 700 à l'hôpital et 300 à la consultation gratuite ou dans sa pratique privée.

Chez tous ces malades, il n'a jamais vu, sauf quelques phénomènes locaux d'irritation sans importance, se produire un accident quelconque, alors même que le naphtol était employé à un assez fort degré de concentration, qu'il était appliqué pendant plusieurs mois et sur de grandes surfaces du tégument.

Digitized by Google

L'auteur rappelle ensuite l'action physiologique du naphtol sur la peau et le reste de l'organisme : les solutions de naphtol dans des corps gras (huile ou graisse solide) de 15 à 20 0/0 et même plus, en frictions répétées, ou étendues sur de la toile et maintenues en place, n'irritent pas la peau *normale* et lui donnent une souplesse très agréable. Par contre, une pommade même à 1 0/0 peut transformer en une inflammation aiguë et en un eczéma humide une peau déjà *enflammée*, surtout une peau atteinte d'eczéma squameux, même après une seule friction.

Tandis que le naphtol en solution huileuse ou sous forme de pommade est très bien toléré par la peau normale, il agit très énergiquement en solution alcoolique très faible de 1/2 à 1 0/0, même sur le tégument sain. Après deux à trois badigeonnages, la peau n'est pas modifiée; employée une fois de plus l'épiderme brunit légèrement et se desquame lentement.

S'il survient, après cette application de naphtol, une action toxique locale sous forme d'un érythème ortié se développant dans le rayon de son application, cet érythème reste fixe et se termine par une teinte brune et une fine défurfuration, ou il prend auparavant la forme annulaire.

Il est évident que l'action locale, irritante, aggravant l'inflammation et toxique de la plus faible solution alcoolique de naphtol, est plus marquée sur la peau enflammée, spécialement sur la peau eczémateuse.

Relativement à l'action générale du naphtol, l'auteur insiste de nouveau sur son absorption considérable par la peau et son excrétion par les reins. On reconnaît cette excrétion à la coloration brune moût de vin et au trouble de l'urine. La recherche du naphtol dans l'urine a été le sujet de travaux importants dans le laboratoire du professeur Ludwig, à Vienne, par le Dr Mauthner et le Dr Lustgarten.

Le professeur Kaposi croit, d'après les nombreuses recherches qu'il a faites que, comme dans l'application du goudron, de l'acide pyrogallique et d'autres corps urophanes, la résorption la plus considérable et l'excrétion par voie rénale n'ont lieu que dans les premiers temps, tandis que plus tard les deux processus se produisent d'une manière successive, et par conséqnent sans trouble de l'organisme. D'autre part, il est persuadé que le naphtol, appliqué pendant des semaines et des mois sur la peau, n'est pas excrété d'une manière continue, mais par poussées.

Ainsi chez un malade qui avait été frictionné presque sur tout le corps pendant 23 jours avec une pommade au naphtol à 15 0/0, le professeur Ludwig n'avait pu découvrir avec certitude dans l'urine aucune trace du médicament.

Il est inutile de dire que l'on ne doit employer ce remède qu'avec précaution, que, notamment au début de son emploi, il faut l'appliquer à un faible degré de concentration et sur des portions restreintes de la peau, mais jamais, surtout chez les personnes jeunes ou à peau délicate ou privées d'épiderme en quelques points, il ne faut faire des frictions sur toute la surface du corps ou même l'étendre sur des plaques.

Bien que sous ce rapport le naphtol exige plus d'attention que le goudron ou même l'acide pyrogallique, que l'on n'applique jamais en frictions sur tout le corps sans l'avoir préalablement essayé sur des parties isolées, l'auteur n'a pas l'intention de mettre en garde contre ce mode de traitement, car il l'a employé sans aucun inconvénient chez plus de 1,000 malades. Et si le naphtol en injections sous-cutanées à haute dose a, d'après les expériences de Neisser, tué des lapins et des chiens, c'est une raison de plus de consi-

Digitized by Google

dérer le naphtol comme un agent efficace et dont il est nécessaire de se servir avec précaution.

L'auteur proteste contre l'emploi qui a été fait du naphtol en solution alcoolique de 5 à 20 0/0 dans des cas non appropriés, ou comme il l'a vu récemment, appliqué sur la muqueuse nasale; il croit nécessaire de s'en tenir aux formules qu'il a indiquées.

Enfin il importe d'employer le naphtol B, les autres variétés ayant une action irritante.

Tableau des maladies de la peau traitées avec le naphtol dans la clinique dermatologique d'avril 1881 *à fin mars* 1882.

	hommes	femmes	total
Gale	454	82	536
Eczéma	49	22	71
Prurigo	18	15	33
Psoriasis	27	10	37
Ichtyose	3	2	5
Séborrhée du cuir chevelu	1	1	2
Acné vulgaire	1	0	1
Sycosis	2	0	2
Lichen urticatus	1	0	1
Prurit sénile	2	0	2
Excoriations	1	1	2
Lupus érythémateux	1	1	2
Hyperidrose et bromidrose	1	1	2
Herpès tonsurant	5	3	8
Favus	4	0	4
Pityriasis	0	1	1
Morpions	1	0	1
	571	139	710 malades.
	710		

Gale. Pour le traitement de la gale dans la clientèle privée, on peut employer indifféremment l'un ou l'autre des nombreux remèdes qui ont été indiqués. Il n'en est pas de même dans les hôpitaux. Là il est indispensable d'avoir un remède qui tue promptement les acares et leurs œufs et en même temps guérisse ou amène la régression de l'eczéma, irrite aussi peu que possible la peau saine et ne favorise pas le développement de l'eczéma, enfin salisse ou détruise le moins possible le linge et la literie.

L'auteur a employé avec succès pendant plusieurs années dans le traitement de la gale la pommade de Wilkinson modifiée par Hebra; mais depuis avril 1881 il a traité avec le naphtol tous les cas de gale, même les cas compliqués,

Voici la formule qu'il emploie :

Axonge (ou onguent émollient)	100	grammes.
Savon vert	50	—
Naphtol	15	—
Craie blanche pulv.	10	—

Digitized by Google

On fait une seule et énergique friction avec cette pommade dans les régions où se tiennent les acares, puis on poudre avec l'amidon et on enveloppe les malades dans une couverture de laine. Dans la clientèle privée on revêt les malades d'une chemise et de pantalons de laine, ils mettent par dessus leurs vêtements ordinaires et ils peuvent ainsi vaquer à leurs occupations habituelles.

Les galeux ainsi traités, chez lesquels il ne survient pas d'eczéma appréciable, peuvent être renvoyés au bout d'un jour. Les sillons sont desséchés, affaissés, détruits; dans ces points la peau a recouvré toute sa souplesse. Un des avantages de cette pommade est qu'elle n'a pas d'odeur désagréable et qu'elle ne tache pas comme les autres pommades préconisées contre la gale.

On observe cependant aussi après l'emploi de cette pommade des inflammations de la peau sous forme de taches rouges, d'urticaire ou de papules disséminées d'eczéma. On voit du reste survenir ces irritations cutanées même après une simple friction avec du savon mou ou des corps gras émollients, notamment sur une peau qui est déjà le siège d'un eczéma disséminé comme c'est le cas chez les [illegible] inflammation de la peau ne se produit que rarement et jamais à un degré élevé.

JUN 14 1907

Lorsque la gale est compliquée d'un eczéma intense, la pommade au naphtol amène encore plus rapidement la dessiccation et la régression de l'éruption que la pommade de Wilkinson. Il est évident qu'il reste parfois de l'eczéma pustuleux aux mains, papuleux au pénis et aux fesses qu'il faut traiter d'après les méthodes ordinaires, mais ces complications n'enlèvent rien à la valeur salutaire de la pommade de naphtol.

Pour les nourrissons et les jeunes enfants il faut diminuer la proportion de naphtol, de 10 à 5 0/0.

Eczéma. — Le traitement par le naphtol ne convient qu'à des périodes et à des formes déterminées de l'eczéma, car dans aucune autre dermatose, ce remède ne manifeste une action plus rapide, plus intense et plus irritante sur la peau que dans l'eczéma. L'auteur veut parler de l'eczéma indépendant d'autres affections, car l'eczéma symptomatique de la gale, du prurigo et de l'ichtyose supporte très bien ce remède, qui, dans ces cas, a une action curative très prononcée.

Dans l'eczéma idiopathique, à la période squameuse, où la peau atteinte est légèrement hypérémiée ou déjà pâlie, on peut remplacer le goudron par la pommade au naphtol de 1/2 à 1 0/0 appliquée en couche mince, une à deux fois par jour. Après chaque friction, on recouvre avec de la poudre.

La guérison de la période squameuse sera encore plus rapide si l'on fait des badigeonnages une fois chaque jour avec une solution alcoolique de naphtol, 0,25 à 0,50 0/0 pour 100 d'alcool. Toutefois, cette solution détermine plus fréquemment une irritation aiguë que la pommade, aussi est-il utile d'examiner chaque jour le malade. Dès que l'épiderme prend une légère teinte brune, la guérison est complète, et il faut cesser les badigeonnages de naphtol.

Dans l'eczéma chronique, circonscrit avec épaississement de l'épiderme, on peut faire des frictions avec une pommade au naphtol, de 2 à 5 0/0. On emploie aussi avec succès, dans le même cas, le savon de naphtol. Il faut avoir soin, avant d'appliquer la pommade de naphtol, de savonner les parties eczémateuses, tous les jours ou tous les deux ou trois jours; ou bien, si la

Digitized by Google

peau est torpide ou très épaissie, on laisse l'écume de savon de manière à provoquer une certaine réaction qui détermine la chute plus rapide de la couche cornée épaissie, et amène plus facilement la résorption de l'infiltrat inflammatoire chronique du chorion.

Dans l'eczéma croûteux du cuir chevelu, on obtient d'excellents résultats de l'huile de naphtol, par exemple, 1 sur 100 d'huile d'olive ou d'huile de foie de morue ou encore d'huile d'amande douce, avec ou sans lavage intercurrent de la tête avec l'alcool de savon de potasse, le savon de naphtol, le savon de soufre et de naphtol.

Cette méthode de traitement peut-être utilisée dans les nombreux états pathologiques dans lesquels on voit survenir de l'eczéma croûteux ou squameux sur le cuir chevelu, tels que la pédiculose du cuir chevelu, l'herpès tonsurant, le favus; l'indication est d'autant plus grande, que le naphtol est un excellent parasiticide, et qu'il agit comme un véritable spécifique contre les deux dernières affections.

L'eczéma marginé est aussi heureusement modifié par le naphtol.

On fait chaque jour, pendant 5 à 8 jours, des badigeonnages avec une solution de naphtol, 1 sur alcool 100 et glycérine 5, jusqu'à ce qu'il se produise des croûtes lisses brun clair; on renouvelle cette application une fois les croûtes tombées.

Ce traitement calme immédiatement le prurit. Cette méthode est également utile pour les plaques à bords plats. Lorsque la peau est épaissie par suite de la persistance de la maladie, il est préférable d'avoir recours à des badigeonnages avec onguent émollient 50, naphtol 2,50. On peut aussi, par l'addition de savon ou de soufre, rendre la préparation plus efficace :

Lait de soufre.	5 grammes.
Naphtol	1 —
Alcool de savon de potasse.	20 —
Alcool	100 —
Glycérine.	2,50 —

Ou :

Savon vert	20 grammes.
Onguent émolient.	50 —
Naphtol.	5 —
Kaolin en poudre	2,50 —

Enfin, on obtient le même résultat par des frictions avec du savon de soufre et de naphtol, et en laissant la mousse du savon sur les parties malades.

Prurigo. — Mais c'est surtout à propos du traitement de cette affection par le naphtol, que le professeur Kaposi se montre enthousiaste.

Dès que cet agent fut introduit dans la thérapeutique, il l'a appliqué à tous les prurigineux, — prurigo mitis ou agria, — aux enfants et aux adultes, aux prurigineux avec ou sans eczéma concomitant. Aux uns et aux autres, il fait frictionner chaque soir légèrement les régions atteintes avec une pommade contenant 5 grammes de naphtol pour 100 grammes de pommade simple. Jamais il ne prescrit de bain, et il a pu se convaincre que c'est au naphtol seul qu'il faut attribuer cette guérison tout à fait surprenante.

Digitized by Google

Dans la clientèle privée il n'emploie pas d'autre traitement.

Il recommande d'envelopper pendant la nuit les enfants dans une étoffe légère de laine, le matin on enlève la poudre, et ils peuvent porter toute la journée leur linge habituel et propre.

Chez les enfants de 2 à 7 ans, l'auteur procède de la manière suivante : chaque soir ou tous les deux soirs, il fait prendre un bain tiède dans lequel on frictionne énergiquement les parties prurigineuses avec du savon de soufre et de naphtol ; on laisse le petit malade une heure dans le bain. Puis on le lave avec un savon de toilette, on le sèche et on fait une friction avec une pommade au naphtol à 3 0/0. Chez les adultes on peut employer une pommade à 5 0/0, et également le lavage avec le savon de naphtol. Dès qu'il s'est produit une amélioration notable, ce qui a lieu dans l'espace de 1 à 3 semaines, il suffit de faire les applications tous les deux ou trois jours.

Ichtyose. Le bain est également supprimé pour tous les malades atteints d'ichtyose nacrée, serpentine, simple, mais remplacé par des frictions une à deux fois par jour avec une pommade au naphtol à 5 0/0. Sous l'influence de cette médication, la peau devient rapidement unie et souple et les complications eczémateuses disparaissent graduellement Dans les cas graves, il commence par des frictions avec :

Savon vert ou huile de morue	100	grammes.
Naphtol	2	—

et des bains intercurrents avec lavage avec le savon de naphtol pour provoquer une légère exfoliation de l'épiderme, puis il applique une pommade à 5 0/0.

Le prurigo et l'ichtyose exigent de par leur nature un soin persistant de la peau, même si elle paraît avoir repris son aspect normal ; mais il suffit de faire une ou deux fois par semaine, dans le bain, un lavage avec le savon de naphtol ou le savon de soufre et de naphtol et tous les 2 à 3 jours une friction avec la pommade au naphtol à 5 0/0. Afin d'éviter la résorption du naphtol dans des traitements de 3 à 4 mois, il est bon de remplacer après 3 semaines de cette médication la pommade ci-dessus par de l'onguent émollient ou par le mélange suivant :

Glycérolés d'amidon.	100	grammes.
Acide borique.	5	—

Si dans ces deux affections il existe en outre de l'eczéma humide ou croûteux, il est nécessaire avant de commencer le traitement par le naphtol, de traiter l'eczéma.

Psoriasis. Dans cette affection, l'auteur emploie une pommade à 15 0/0 ; son action est moins désagréable que celle de l'acide chrysophanique ou de l'acide pyrogallique. On doit préférer le naphtol dans le psoriasis de la tête et de la face, car il ne colore ni la peau, ni les cheveux, et ne détermine pas d'irritation comme ces deux autres médicaments.

Séborrhée du cuir chevelu. Dans la séborrhée du cuir chevelu on ramollit tout d'abord les masses de sebum au moyen de l'huile de naphtol (1 0/0), puis on lave soit avec de l'alcool de savon de potasse, soit avec du savon de naphtol, puis on badigeonne pendant au plus 5 à 7 jours avec une solution alcoolique de naphtol de 0,25 à 0,50 0/0. Il se forme alors sur la peau pâlie une pellicule épidermique brun clair, unie, brillante et très adhérente.

Digitized by Google

On peut ensuite avoir recours pour les soins ultérieurs du cuir chevelu aux solutions alcooliques habituelles, ou, si l'état hyperémique persiste, revenir encore aux applications alcooliques de naphtol. Le même traitement est également utile dans l'alopécie prématurée consécutive à la séborrhée du cuir chevelu chez les femmes anémiques et chez beaucoup d'individus du sexe masculin; ainsi que dans la séborrhée furfuracée du nez et des parties velues de la face.

Acné vulgaire, acné rosée, sycosis et lupus érythémateux. Dans ces affections, le professeur Kaposi a obtenu de très bons résultats de l'application méthodique du naphtol, sous forme de savon de naphtol, de savon de soufre et de naphtol et d'une pâte composée d'alcool, de soufre et de naphtol.

On lave les parties malades avec du savon de soufre et de naphtol en ayant soin de laisser l'écume de savon pendant toute la nuit, on l'enlève le matin avec de l'eau, puis on applique une autre préparation qui permet au malade de vaquer à ses occupations. Dans l'acné et le sycosis, on emploie l'onguent de Wilson, dans le lupus érythémateux ce même onguent, ou l'emplâtre domestique ou encore l'emplâtre hydrargyrique. Ou bien on répète pendant plusieurs jours cette application de bonne heure et dans la matinée jusqu'à ce qu'il se forme une croûtelle épidermique brun clair. Cette croûtelle adhère en général d'autant plus intimement que le remède agit davantage, c'est-à-dire d'autant plus que sous cette croûtelle l'hyperémie et la tuméfaction ont diminué. Dans le lupus érytlémateux cette amélioration se manifeste par l'aplatissement et la disparition des bords auparavant taillés à pic et fortement infiltrés.

On peut employer de la même manière et avec le même succès que la mousse de savon la pâte suivante :

Naphtol.	1	gramme.
Alcool de savon de potasse	25	—
Alcool de vin	50	—
Baume du Pérou.	2	—
Lait de soufre.	10	—

Hyperidrose (bromidrose). — Dans l'hyperidrose de la paume des mains et de la plante des pieds, et dans celle du creux des aisselles, l'auteur, dans un grand nombre de cas, a obtenu à l'aide du naphtol rapidement, souvent immédiatement, l'amélioration et l'arrêt de la maladie. Chez quelques malades, la sécrétion profuse de la sueur se reproduisait de nouveau après un certain temps, comme après les autres médications.

Voici la formule employée par l'auteur :

Naphtol.	5	grammes.
Alcool	100	—
Glycérine.	10	—

Badigeonnages une à deux fois par jour et chaque fois poudrer avec de l'amidon simple ou de l'amidon additionné de naphtol, 2 0/0.

Dans la sueur des pieds, il fait placer entre les orteils de petits tampons d'ouate imprégnés de poudre. Chez un malade qui avait employé pendant trois jours une solution alcoolique à 5 0/0, il vit survenir dans la paume des mains et sur leur face dorsale, un érythème annulaire bulleux, mais qui disparut au bout de huit jours par la seule cessation du remède.

Digitized by Google

Dans plusieurs cas d'hyperidrose généralisée, même chez des phtisiques, une lotion le soir avec une solution alcoolique à 1 ou 2 0/0, a amené la diminution de la sueur.

Herpès tonsurant. — L'herpès tonsurant dans toutes ses formes et localisations guérit promptement avec le naphtol.

L'herpès tonsurant squameux et vésiculeux isolé se dessèche très rapidedement soit par des badigeonnages avec une solution alcoolique à 1 0/0 répétés 4 à 5 fois dans l'espace de 2 à 3 jours, soit par l'application réitérée de la pâte de soufre et de naphtol soit enfin en frictionnant, les parties malades avec le savon de soufre et de naphtol et en y laissant la mousse. Il faut cesser le traitement dès que les vésicules s'affaissent, que le bord s'aplatit et pâlit, et que l'épiderme devient légèrement brun, et alors attendre l'exfoliation des couches mortifiées.

Dans l'herpès tonsurant maculeux généralisé, il ne faut jamais employer de solution alcoolique, parce que dans des éruptions aussi étendues, il est impossible d'obtenir une action uniforme, et dans le cas même où il n'y a qu'une faible réaction sous forme d'érythème, on a à craindre de la fièvre et de l'irritation rénale. On réussit, par contre, très bien avec une friction faite à partir de la mâchoire inférieure jusque sur les mollets avec le mélange suivant:

Savon vert	100 grammes.
Naphtol.	2 —
Alcool de lavande	10 —

Puis on poudre et on fait mettre des vêtements de laine.

Il suffit habituellement d'une friction tous les deux ou trois soirs. De cette façon on abrège d'une manière sensible pour ces formes morbides, le cycle désagréable et ennuyeux de douze frictions. Par contre, la chute de l'épiderme mortifié par le savon de naphtol dure quelques jours de plus. Mais ce n'en est pas moins un avantage, puisque dans cette régénération plus lente de l'épiderme, l'irritation est nulle, et le nouvel épiderme apparaît immédiatement uni et suffisamment fort, le corps papillaire sans rougeur appréciable; on évite aussi le prurit et l'eczéma.

Dans l'herpès tonsurant du cuir chevelu, les préparations de naphtol donnent également de très bons résultats; bien entendu il faut faire préalablement l'épilation des parties malades.

Favus. — Le naphtol donne des résultats analogues dans le favus du cuir chevelu. On ramollit les masses faviques avec de l'huile et du naphtol (à 1 0/0), puis on lave avec du savon de soufre et de naphtol, ensuite on épile les cheveux malades et on continue soit les badigeonnages avec l'huile de naphtol et les lavages avec le savon de naphtol, aussi longtemps que la peau est eczémateuse, soit après la guérison de l'eczéma, l'application réitérée de la pâte de soufre et de naphtol.

Morpions. — On détruit complètement les morpions par des badigeonnages avec :

Huile d'olive.	50 grammes.
Naphtol	50 —

Cette préparation a l'avantage de n'avoir ni mauvaise odeur ni coloration.

A. DOYON.

Digitized by Google

II. — La résorcine a rapidement fait son chemin dans la thérapeutique depuis ces dernières années. Inconnue de tous nos classiques, bien que sa découverte remonte déjà à plus de vingt années, passée sous silence dans nos grands dictionnaires, cette substance a conquis une place considérable grâce aux travaux d'Andeer qui, le premier, la présenta comme un agent antiseptique, caustique et hémostatique.

Disons d'abord en deux mots ce qu'est la résorcine.

C'est un corps de la série aromatique obtenu avec le galbanum, l'assa fœtida, etc., par fusion avec la potasse; elle s'obtient également par synthèse avec le phényledisulfite de sodium. Elle se présente sous forme de cristaux blancs en petites lamelles. Elle est soluble dans tous les liquides, excepté le chloroforme et le sulfure de carbone; sa solubilité dans l'eau est surtout considérable, puisque 100 grammes d'eau en peuvent dissoudre 95 grammes.

On emploie la résorcine à l'extérieur soit en solution aqueuse plus ou moins voisine de son point de saturation à 50,70 0/0, suivant l'effet que l'on désire obtenir, soit incorporée à la glycérine ou à la vaseline.

On peut également l'employer pour injection sous-cutanée en solution au 20e ou au 5e. Voici maintenant les effets que l'on obtient :

La résorcine agit avec une rapidité prodigieuse sur les plaies, les brûlures, les ulcérations scrofuleuses et syphilitiques. L'épiderme cutané se reconstitue à la manière de l'épithélium des muqueuses. Les plaies phagédéniques, celles qu'une abondante suppuration semble prédisposer le moins aux guérisons rapides, sont admirablement modifiées par la solution au 100e qui calme les douleurs, diminue et tarit la sécrétion purulente, et finalement conduit à la cicatrisation. Mais c'est dans le traitement des ulcères variqueux contre lesquels tous les moyens ordinaires ont été vainement essayés, que le résultat est le plus remarquable ; en quelques jours on voit les surfaces atoniques devenir rosées, toute odeur disparaître et les bords marcher à la cicatrisation la plus normale. Cattani a parfois employé la résorcine pure ; une eschare blanche se produit immédiatement. C'est aussi la teinte que prennent les muqueuses ulcérées quand on les touche avec la solution et l'on pourrait croire au passage du crayon de nitrate d'argent. En résumé, la résorcine exerce une action précieuse sur toutes les solutions de continuité ; elle les excite ou les réprime par un effet cautérisant superficiel, qui peut être impunément renouvelé aussi longtemps que les pansements sont nécessaires.

Andeer et Brieger ont aussi essayé la résorcine dans le traitemement de *la blennorrhagie*. Ils ont reconnu que la résorcine en injection au 30e ou au 20e n'offrait pas dans ce cas un grand avantage, tandis que

Digitized by Google

l'hydrochinone (un composé izomère de la résorcine) employé en solution au 100e ou au 50e a, dans 25 cas de blennorrhagie récente, produit des résultats remarquablement rapides. La cystite aiguë est heureusement modifiée par les injections de résorcine; dans les cas aigus on se servira de la solution au 50e ou au 20e, on pourra doubler les doses dans les *cystites chroniques*. Dans le *simple catarrhe vésical*, la guérison s'obtient avec la solution au 100e. Cattani a porté la dose du médicament jusqu'à 10 grammes sur 100; il y eut quelques tintements d'oreille, un peu de vertige bien vite évanoui, mais l'effet local fut surprenant.

La résorcine n'est pas absorbée par les animaux à sang chaud, sur l'épiderme intact elle ne produit ni irritation ni froncement rétractile, mais au bout d'un certain temps le tégument peut revêtir une coloration verdâtre puis d'un brun noirâtre. Andeer en a généralisé l'emploi à la plupart des affections cutanées qu'elle modifie heureusement grâce à la cautérisation continue et très limitée qu'elle détermine. Les badigeonnages à 2 0/0 ont produit entre les mains de Cattani d'excellents effets dans l'érysipèle de la face.

III. — C'est à Lorenzo Mannino, de Palerme, qu'est due l'idée d'appliquer la résorcine à l'*épithélioma*. Dans un travail paru récemment il établit que :

a) La résorcine se différencie des autres substances caustiques par l'absence de douleurs provoquées. Les malades qui en font usage n'accusent aucune espèce de sensation douloureuse d'où l'on peut conclure à son action anesthésique.

b) Ce médicament exerce une action destructive sur les éléments hystologiques des néoplasmes cutanés; le développement du mal est absolument enrayé.

c) L'onguent obtenu par le mélange de la résorcine (1) et de la vaseline (10) est la meilleure préparation; on prescrit deux onctions par jour, une le matin, l'autre le soir.

Je n'ai pas à m'occuper ici des résultats obtenus par les injections sous-cutanées qui ne touchent qu'indirectement à la dermatologie. Comme on le voit, ce médicament nouveau a donné d'incontestables résultats dans bon nombre de circonstances diverses.

Aujourd'hui, ses parrains voudraient y voir une sorte de panacée, et l'on assure qu'il est à la veille de détrôner l'acide phénique et de le chasser même de nos appareils à pulvérisation. Que restera-t-il de cet enthousiasme dans 10 ans? C'est ce qu'il serait bien difficile de préciser aujourd'hui. Ce qui est certain c'est que, grâce à Andeer, Dujardin-

Digitized by Google

Beaumetz et à Cattani, nous sommes en possession d'un puissant modificateur des surfaces ulcérées. JULLIEN.

IV. — Depuis trois ans le professeur Bufalini a essayé sur une grande échelle l'emploi de l'acide picrique en solution aqueuse saturée.

Il suffit d'appliquer sur la peau saine une goutte de cette solution pour remarquer l'ischémie consécutive et assez persistante qu'elle produit. Par capillarité, l'agent pénètre dans tous les étages de la peau et exerce une action constrictive sur la plupart de ses éléments : vaisseaux et glandes. C'est donc un astringent par excellence, aussi conviendra-t-il dans toutes les affections cutanées à fonds hyperhémiques ; il est de plus facile de voir qu'il aide à la chute des squasmes et des croûtes.

L'auteur se sert de la solution faite à chaud et l'étend avec un pinceau sur les parties malades jusqu'à ce qu'elles aient pris la couleur jaune caractéristique.

Les premiers et très heureux résultats ont été obtenus dans l'eczéma. Encouragé, Bufalini a traité de même l'impetigo, l'herpès, l'érysipèle et les pustules varioleuses. Les badigeonnages sur les bords des plaques érysipélateuses empêchent la progression du mal, et sur les éléments varioleux déterminent leur affaissement en empêchant les cicatrices vicieuses.

Nos lecteurs doivent savoir que l'emploi thérapeutique de l'acide phénique a été vivement préconisé en France par Chéron qui, dès 1876, le donnait comme très efficace dans un grand nombre d'affections de la peau et des muqueuses, soit à l'intérieur soit à l'extérieur. C'est à lui que nous devons l'injection au millième, les cônes à la gélatine picriquée contre la vaginite, et la solution au deux-millièmes, si populaire aujourd'hui dans le traitement de l'uréthrite.

Nous-mêmes, en avons, d'après cet auteur, vanté les propriétés (*Traité des maladies vénériennes*, pages 284 et 1095) bien souvent mises depuis à profit dans notre pratique. JULLIEN.

V. — La pâte camphrée de Beau est un mélange de poudre de camphre et jus de citron en quantité suffisante pour prendre une consistance demi-solide.

Au dire de Schilling, le kerion Celsi et le sycosis auraient là leur remède souverain. Son application pendant deux semaines suffirait à amener une résolution complète. Le grand avantage qu'il présenterait serait surtout de rendre inutile l'exsudation vu que les poils restent adhérents au camphre desséché.

Le professeur Schilling signale à côté de ces résultats l'excellente ac-

Digitized by Google

tion exercée par cette pâte sur les plaies atoniques et les ulcères.

L. JULLIEN.

VI. — De Amicis recommande contre l'eczéma la préparation employée communément contre la gale :

Styrax liquide très pur, 30 grammes ; huile d'olive, 6 grammes ; alcool rectifié, 3 grammes.

Voici comment il a été amené à reconnaitre son efficacité dans le traitement de l'eczéma. Un malade s'était présenté avec les sillons caractéristiques de l'acare ; le styrax ayant été appliqué en badigeonnage, la gale disparaît, mais non sans laisser persister un eczéma des mains. On supposa que des acares avaient persisté, et le styrax fut ordonné de nouveau. Voyant alors l'état s'améliorer, on revint à l'oxyde de zinc et aux onguents habituellement usités contre cette dermopathie, mais le mal reparut de plus belle, et on dut reprendre le styrax.

Encouragé par ce résultat, l'auteur prescrivit le même médicament dans sept cas d'eczéma chronique et rebelle à toute médication ; et dans tous les cas il obtint une prompte guérison. Dans le cas d'eczéma simple, il conseille de modifier la formule en supprimant l'accool. Voici ses conclusions :

1° Ce traitement est d'une exécution facile, d'une action très prompte et d'un prix de revient insignifiant.

2° Il ne produit aucune irritation. On peut avec avantage substituer le styrax à l'onguent de Wilson ou à la pommade d'Hébra.

3° Quand la gale se combine à l'eczéma, il agit avec une égale efficacité contre les deux maladies. JULLIEN.

VII. — Le professeur Semmola s'élève au nom des vieilles doctrines, au nom de la physiologie pathologique et de la clinique contre la localisation que poursuivent les dermatologistes de beaucoup d'écoles modernes. L'histologie est impuissante à décéler la nature d'un processus et borner les études pathogéniques à la seule considération de la lésion ; négliger l'état général, c'est aller, au dire de l'éminent professeur, aussi bien contre le bon sens que contre la logique. Mais surtout, c'est aller contre l'observation de tous les jours qui, s'il fallait en trouver la clef, serait bien plus justiciable de la chimie que du microscope.

A l'appui de cette manière de voir, Semmola appelle l'attention sur certaines formes d'eczéma et de psoriasis qui sont intimement liées au déséquilibre fonctionnel des viscères et qui représentent, à proprement parler, des fonctions pathologiquement dévolues au tégument par suite de l'insuffisance ou de la perturbation d'organes centraux.

Digitized by Google

C'est vers la fin de l'automne qu'on les voit naître et se développer pour s'évanouir quand reparaît le printemps. On dirait que leur venue est liée à l'affaiblissement de la fonction sudorale et qu'elles servent à éliminer quelque principe irritant pour la couche cutanée. La guérison de ces dermatoses n'est possible qu'en plaçant l'organisme dans des conditions qui lui permettent d'obtenir artificiellement cet équilibre physiologique que la nature produit d'elle-même en été grâce à l'activité des fonctions tégumentaires.

C'est par la cure hydrosudopathique que l'auteur conseille de traiter les vieilles éruptions qui reparaissent périodiquement depuis des années; en y joignant les frictions et l'exercice musculaire, en obtiendra des effets surprenants.

Une autre méthode à laquelle l'auteur a dû de beaux succès est celle des injections au chlorydrate de pilocarpine.

Ce travail considérable, et dont je n'ai pu donner ici qu'un résumé bien concis, doit être médité par tout dermatologiste. Dire qu'il a pour auteur M. Semmola, c'est laisser deviner tout l'attrait que l'on trouvera dans cette lecture, où le professeur a consigné la suite logiquement déduite de son ouvrage célèbre, *Médecine vieille et médecine moderne.*

L. JULLIEN.

Digitized by Google

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.

Sur un cas de zona ophtalmique gangréneux, compliqué de paralysie faciale, par M. Letulle (*Archives de physiologie*. Janvier, 1882).

Deux observations de zona et d'atrophie musculaire du membre supérieur, par A. Joffroy (*Archives de physiologie*. Janvier, 1882).

De la cachexie pachydermique, par Blaise (*Archives de neurologie*, 1882).

Ulcération tuberculeuse du rectum et de l'anus, par Duplay (*Archives générales de médecine*. Juillet, 1882).

Examen du liquide des sudamina dans un cas de fièvre typhoïde, par Alb. Robin (*Gazette médicale de Paris*. Juillet, 1882).

Cas de crétinisme et de cachexie pachydermique, par Bourneville et Gilles de la Tourrette (*Société de Biologie*. Août, 1882).

Teigne faveuse à forme lycoperdoïde chez le lapin, par Mégnin (*Société de Biologie*. Avril, 1882).

Herpès vaccinal, par Diday (*Lyon médical*. Mars, 1882).

Traitement du cancroïde bénin ou épithélioma à marche lente de la face, par Terrillon (*Bulletin général de thérapeutique*. Juillet, 1882).

Tuberculose miliaire subaiguë du pharynx, par Gouguenheim (*Union médicale*. Novembre, 1882).

Herpès récidivant, par le professeur A. Fournier (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*. Janvier, 1882).

Éruption vaccinale secondaire, par Gelly (*Union médicale*. Juillet, 1882).

Du diagnostic des maladies de la peau, par Guibout (*Union médicale*. Juillet, 1882).

Chute spontanée des ongles des gros orteils chez un malade non ataxique, par Joffroy (*Union médicale*. Août, 1882).

Chute de l'ongle des gros orteils chez un ataxique, par Joffroy (*Archives de physiologie*. Janvier, 1882).

Purpura symétrique des membres inférieurs chez un épileptique devenu alcoolique, par Dauchez (*France médicale*, 1882, tome II, n° 22).

Leçons sur la thérapeutique générale des maladies de la peau, par Guibout (*France médicale*, 1882, tome II, n°s 40 et suiv.).

Sur l'anatomie pathologique de l'éléphantiasis des Arabes, par Boiteux (*Revue de chirurgie*. Février, 1882).

Du pansement à l'iodoforme, revue critique, par Rohmer (*Revue de chirurgie*, 1882).

Le Gérant : G. MASSON.

Société d'imprimerie Paul Dupont. Paris, 41, rue J.-J.-Rousseau. (Cl.) 62.1.83.

Digitized by Google

TRAVAUX ORIGINAUX

MÉMOIRES

I

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA TRANSFORMATION CANCÉREUSE DES NÉOPLASMES BÉNINS DE LA PEAU.

Par le Dr Ernest CHAMBARD,
Chef de clinique dermatologique et syphiligraphique
à la Faculté de médecine de Lyon.

Les éléments anatomiques qui forment les tissus de l'économie semblent maintenus dans la forme et le degré de développement propres à la fonction qui leur est dévolue par une force dont la nature et les conditions nous sont entièrement inconnues. Sous des influences non moins indéterminées, cette force directrice et régulatrice de l'évolution élémentaire semble, dans certains cas, disparaître; il se passe alors, sur un ou plusieurs points de l'organisme, un phénomène analogue à celui que présenterait une société vaste et compliquée dans laquelle l'action d'un pouvoir central apte à diriger, coordonner et modérer les ambitions locales et les efforts individuels, cesserait de se faire sentir : chaque élément anatomique ne vit plus que pour lui-même et non en vue du rôle qui lui est assigné; une évolution hâtive et désordonnée succède à une évolution régulière et adaptée à un but déterminé.

Dans ces nouvelles conditions, les éléments anatomiques subissent des modifications de nombre, de forme et de structure que l'histogenèse ne nous a pas encore fait connaître avec détail, et qui varient selon le degré de différenciation auquel ils étaient parvenus. Les uns, déjà spécialisés, reviennent à l'état embryonnaire; les autres passent à un état de différenciation plus élevé, mais revêtent souvent, au lieu d'une forme physiologique, une forme aberrante et atypique. C'est ainsi qu'en temps d'anarchie, les fonctions des citoyens ne sont plus appropriées à leurs facultés et que l'on voit les premiers de la nation se confondre avec la

Digitized by Google

populace, tandis que des hommes du vulgaire occupent des emplois élevés auxquels ils ne sont pas propres et représentent la caricature des personnages dont ils détiennent la place.

Ainsi se forment ces types anormaux de l'évolution des tissus qui constituent la grande classe des néoplasies. Les uns sont caractérisés par le développement exagéré d'un tissu ou d'un organe qui conservent, cependant, leurs caractères structuraux essentiels : tels un fibrome molluscum ou un adénome ; ils comprennent la majeure partie des tumeurs organoïdes de *Virchow* (1). Dans les autres, l'aberration nutritive ne porte que sur l'un des éléments du tissu qui se multiplie, soit en conservant son individualité, soit en faisant retour à l'état embryonnaire, soit en revêtant une forme aberrante et, pour employer l'expression de *Waldeyer* (2), atypique.

Les néoplasies appartiennent à deux classes bien distinctes par leurs types extrêmes, mais confondues par leurs types intermédiaires : elles sont bénignes ou malignes, et les nécessités de la clinique ont toujours justifié cette ancienne division. Or, l'étude anatomique des néoplasies comparée avec l'observation de leur évolution clinique nous apprend qu'elles sont d'autant plus graves qu'elles s'éloignent, par leur âge, leur structure et leur siège, du tissu normal et adulte qui leur correspond. — Un fibrome, un adénome, néoplasies très analogues aux tissus normaux qui leur ont donné naissance, sont de nature bénigne; mais le fibrome passe-t-il à l'état embryonnaire, les cellules de l'adénome prennent-elles un caractère métatypique, le pronostic change et devient celui du sarcome et de l'épithélioma ; il est plus grave encore si l'épithélium métatypique, rompant les barrières que lui oppose la paroi glandulaire, peut s'infiltrer dans les espaces lymphatiques du tissu conjonctif ambiant : l'épithéliome, en effet, devient carcinomateux. Ainsi se trouve justifiée, dans une certaine mesure, l'importance pratique de la division des tumeurs en homéomorphes et hétéromorphes que *Laennec* (3) avait proposée et que *Lebert* (4), *Broca* (5), *Follin* (6) avaient admise après lui.

Une tumeur typique, c'est-à-dire voisine, par sa structure, du tissu

(1) *Virchow*. — Pathologie des tumeurs. Trad. Aronssohn, t. I, 1867, art. *Fibrome*.

(2) *Waldeyer*. — Die Entwicklung der Carcinome. — *Virch. Arch.*, 1872.

(3) *Laennec*. — Mémoires sur l'anatomie pathologique. *Biblioth. méd.*, t. XIII. — Mémoire sur les mélanoses, Bulletin de la Faculté, 1866 ; Art. *Anatomie pathologique* et *Encéphaloïde*, du *Dict. des sc. médicales*.

(4) *Lebert*. — Traité des maladies cancéreuses, 1851. — *Physiologie pathologique*, 1845.

(5) *Broca*. — Traité des tumeurs, t. I et II, 1866, 1869.

(6) *Follin*. — Traité élémentaire de pathologie externe, t. I, 1872.

Digitized by Google

adulte qui lui a donné naissance, peut devenir le siège d'une néoplasie soit embryonnaire, soit atypique ; en d'autres termes, une tumeur bénigne peut devenir maligne.

Nous savons avec quelle facilité les sarcomes se développent au sein des fibromes et des cicatrices ; la transformation sarcomateuse du molluscum a fourni à M. *Malassez* (1) le sujet d'un travail intéressant, et dans un cas, sur lequel nous reviendrons tout à l'heure, un molluscum était le siège d'une forme spéciale de carcinome ; la longue période de bénignité de certains épithéliomas a reçu des recherches anatomo-pathologiques de *Waldeyer*, *Malassez* (2), etc., une explication d'où résulte toute l'histoire de l'épithélioma, telle que nous la concevons aujourd'hui.

La question que nous désirerions soulever et à laquelle nous apportons cette modeste contribution est encore beaucoup moins connue : les tumeurs bénignes, typiques de la peau constituent-elles pour le cancer, pris dans son acception purement clinique, un *locus minoris resistentiæ*, et *dégénèrent-elles* plus souvent, plus facilement qu'un autre point quelconque de la surface du tégument ? La force de direction morphologique dont nous parlions au début de ce travail, affaiblie en ces points, tend-elle à disparaître tout à fait ? Nous possédons, à la vérité, sur cette question importante, à la fois en histologie et en pratique, quelques documents disséminés çà et là ; mais elle ne nous semble pas avoir encore été nettement posée et sérieusement discutée, les faits en main. Presque tous les auteurs, *Virchow* entre autres, l'effleurent, mais aucun ne lui consacre le chapitre auquel elle a droit. Ces considérations nous ont décidé à réunir ici deux cas de transformation cancéreuse du molluscum dont l'un est encore inédit.

Premier fait. — *Molluscum pendulum et carcinome réticulé.*

Le premier des deux faits que nous nous proposons de rapporter ici a déjà été publié dans la *France médicale*, par M. le Dr *Schmit* (3), et nous a fourni l'objet d'une étude anatomo-pathologique sur le carcinome primitif de la peau, dans laquelle nous avons envisagé la question

(1) *Malassez*. — Broch. in-8°, 1873.

(2) *Malassez*. — Examen histologique d'un cas de cancer encéphaloïde du poumon (*Archiv. de physiologie*, 1876). — *Malassez* et *de Sinety*, Sur l'origine et le développement des kystes de l'ovaire (*Arch. de physiologie*, 1879, 1880). — Voy. *Deffaux*, Contribution à l'étude des tumeurs du sein d'origine épithéliale 1877.

(3) *Schmit*. — Transformation carcinomateuse d'un molluscum. — (*France médicale*, n° 61, 30 juillet 1879.)

Digitized by Google

à un point de vue différent de celui qui nous occupe aujourd'hui (1); aussi croyons-nous devoir le relater brièvement. Voici d'abord l'observation de M. le Dr *Schmit*.

« Renard (Paul), cuisinier, 41 ans, entré le 18 décembre 1877 à la Charité, dans le service de M. le professeur Trélat. — Cet homme, blond, robuste, sans antécédents personnels ou héréditaires, porte dans différentes parties de son corps, mais surtout au cou, une dizaine de molluscums pendulums. En 1870, l'un d'eux commence à grossir. Il y a un an, il avait le volume d'une petite noix; ce n'est que depuis six mois qu'il a pris le développement considérable qui a fait entrer le malade à l'hôpital. Jamais de douleurs vives ne se font sentir; seulement les frottements de la chemise dans ces derniers temps ont déterminé tous les deux ou trois jours une petite hémorragie qui ne tardait pas à s'arrêter d'elle-même.

« Actuellement la tumeur située sur la ligne médiane du dos, au niveau des 8e et 10e vertèbres dorsales, ressemble assez comme forme et comme volume à un rein de veau un peu aplati; c'est une saillie bourgeonnante, étalée, ovale, de 8 centimètres de longueur sur 4 centimètres de largeur. Elle est composée de 8 à 10 lobules séparés par des sillons à peine marqués en général, mais dont quelques-uns cependant, surtout à la partie inférieure, s'enfoncent assez profondément pour rendre les lobules indépendants de la masse. Sur un fond rosé, on distingue une foule de points différemment nuancés dont les teintes varient du jaune au rouge, par places; grande tendance à l'ulcération. Le toucher, qui n'est pas douloureux et ne provoque aucun écoulement de sang, permet de comparer sa consistance à celle de la langue; en relevant les parties périphériques, on peut constater la présence d'un pédicule assez étroit; enfin autour de ce point d'insertion, un ou deux pédicules accessibles pour les lobes indépendants; aucun ganglion dans les aisselles; l'auscultation ne permet de percevoir aucun bruit de souffle. »

Frappé de l'analogie que présentait ce cas avec ceux que M. *Malassez* avait fait connaître en 1872, M. *Trélat* diagnostiqua un molluscum en voie de transformation sarcomateuse et pratiqua l'ablation de la tumeur et la cautérisation de la plaie produite par l'opération. Il recommanda, en outre, au malade de venir se montrer tous les mois, et l'on peut constater que celui-ci, après dix-huit mois d'observation, ne présente encore aucune trace de récidive ou de généralisation.

Le jour même de l'opération, la tumeur nous fut apportée au laboratoire d'histologie du Collège de France, sous le nom de molluscum sarcomateux, et un premier examen nous parut confirmer ce diagnostic anatomique. La surface d'une section pratiquée selon le grand axe de la tumeur présentait, en effet, cet aspect gris rose, translucide, et cette apparence lisse qui est le propre du sarcome, mais un examen plus attentif nous fit reconnaître qu'elle était, en réalité, finement granuleuse et parcourue par des stries fibreuses émanées du pédicule dont elles sembleraient être l'épanouissement. Le râclage, en outre, nous donna un

(1) *E. Chambard.* — Note sur un cas de cancer primitif de la peau (carcinome réticulé). —*Archives de physiologie*, 1879, avec une planche.

Digitized by Google

suc riche en cellules à caractère épithélioïde et toutes différentes de celles que l'on rencontre communément dans le suc sarcomateux. Nous suspendîmes donc notre diagnostic histologique et plaçâmes plusieurs des fragments de la tumeur dans un liquide fixateur et durcissant en vue d'en faire des préparations régulières.

Nous avons, dans notre travail des *Archives de physiologie*, donné une description histologique minutieuse de cette tumeur, discuté les différentes questions d'histogenèse qui s'y rattachent; nous ne saurions revenir maintenant sur ces faits que dans la mesure nécessaire à la justification du diagnostic histologique que nous avons porté.

Les caractères histologiques de la tumeur peuvent être résumés de la manière suivante : de son point d'implantation au niveau duquel elle est entièrement fibreuse, partent d'épaisses travées également fibreuses et vasculaires qui divisent le néoplasme en lobes; des travées conjonctives plus minces divisent les lobes en lobules; ces derniers sont enfin subdivisés en alvéoles par des lames conjonctives émanées des dernières travées et qui se présentent, les unes sous un aspect vaguement fibrinaire et les autres, qui sont les plus minces, sous un aspect entièrement amorphe.

Les alvéoles ainsi circonscrits renferment, les uns une cellule, d'autres un petit nombre de cellules, d'autres enfin un nombre beaucoup plus considérable d'éléments cellulaires; mais tous ceux qui y sont contenus ont un caractère atypique : ce sont des éléments épithélioïdes irrégulièrement disposés et non unis entre eux par un ciment.

En dehors de cette formation alvéolaire, on rencontre dans le hile de la tumeur et dans les plus épaisses des travées fibreuses qui la parcourent, de petites loges alvéolaires renfermant une seule cellule épithélioïde ou un très petit nombre de ces éléments dont on peut suivre pas à pas toute l'évolution, depuis le moment où elles sont très analogues à des cellules lymphatiques dont on a peine à les distinguer, jusqu'à celui où, volumineuses, pourvues d'un gros noyau vésiculeux et quelquefois de deux, elles revêtent un caractère presque épithélial et s'entourent d'une sorte de capsule qui semble formée aux dépens du tissu conjonctif ambiant.

Essentiellement caractérisée par un stroma conjonctif et vasculaire limitant des alvéoles pleins de cellules épithélioïdes, disposées sans ordre et non adhérentes les unes aux autres, la néoplasie développée au sein du molluscum dont le malade de M. *Trélat* était porteur, est donc un carcinome, en prenant ce terme dans son sens purement descriptif et en lui donnant la signification qui résulte de la conception bien connue de *Virchow* et de MM. *Cornil* et *Ranvier*; toutefois l'existence de trabécules émanées des cloisons conjonctives, subdivisant et cloisonnant les alvéoles de premier ordre, nous permet de pousser plus loin l'analyse et de donner à la tumeur qui en est l'objet, le nom de carcinome réticulé. Cette variété de carcimone n'est pas, d'ailleurs, très rare : elle se forme volontiers dans le stroma conjonctif lâche et ten-

Digitized by Google

dant à la réticulation ; nous en avons vu des exemples dans le testicule, les ganglions et la peau.

Ainsi formulé, le diagnostic histologique de cette tumeur n'eût pas été complet, car une question restait encore à résoudre : quelle était l'origine de ce carcinome? Était-il de nature conjonctive ou épithéliale? Provenait-il de la prolifération, par foyers, des cellules fixes ou migratrices du tissu conjonctif (carcinome primitif vrai), ou de celle des éléments épithéliaux du revêtement épidermique et de ses annexes : glandes, follicules pileux? etc. (carcinome d'origine épithéliale). Un examen attentif, dont nous donnons les détails dans notre mémoire des *Archives*, ne nous a rien montré qui autorisât cette seconde hypothèse ; aussi avons-nous cru pouvoir décrire la tumeur du malade de M. *Trélat* comme un *carcinome réticulé primitif de la peau*, développé au sein d'un molluscum pendulum. Nous avons insisté ailleurs sur la fréquence, plus grande qu'on ne le croit, du carcinome primitif du derme, et nous reviendrons peut-être un jour sur cette question à propos d'une étude générale sur la carcinose cutanée (1).

Deuxième fait. — *Molluscum papillomateux et épithélioma carcinomateux.*

La femme B... (Annette), âgée de 31 ans, grosse, grasse et bien portante, entra vers la fin d'octobre 1882 dans le service de notre maître, M. le professeur *Gailleton*, à l'Antiquaille, pour s'y faire soigner d'une syphilis secondaire de moyenne intensité. Vers le 15 novembre, M. le Dr *Dron*, qui remplaçait alors M. *Gailleton*, remarqua, en examinant cette femme au spéculum, qu'elle portait à la partie supérieure de la face interne de la cuisse gauche, à 5 centimètres environ au-dessous du pli de l'aine, une petite tumeur pédiculée, à surface papillomateuse, de consistance assez molle, ne présentant aucune trace d'exulcération et tout à fait semblable à un petit molluscum papillomateux. Cette tumeur avait le volume d'un noyau de cerise, et la malade déclarait l'avoir apportée en venant au monde, n'en avoir jamais souffert et ne l'avoir jamais vue grossir. M. *Dron* l'excisa, cependant, d'un coup de ciseau et voulut bien nous la confier pour un examen microscopique. Parfaitement convaincus de n'avoir affaire qu'à un molluscum vulgaire, nous nous bornâmes à mettre la tumeur dans l'alcool, et nous en fîmes, après durcissement, des coupes minces dont l'étude nous révéla des faits inattendus que nous allons maintenant exposer (2).

Une coupe mince, passant par le pédicule et colorée par le picro-carmin montre lorsqu'on l'examine à un faible grossissement (ocul. 2 obj. 2, Hartn), que les éminences papillomateuses qui donnent à la tumeur un aspect muri-

(1) *E. Chambard.* — Revue générale sur l'anatomie normale et pathologique de la peau. (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, nouvelle série, 1880, p. 336).

(2) L'analyse de cette tumeur a été faite au Laboratoire d'anatomie générale de la Faculté.

Digitized by Google

forme sont formées par des plicatures de la peau qui s'adossent à elle-même avec interposition d'une couche de tissu conjonctif lâche ; ces coupes présentent donc à étudier, en allant de la profondeur vers la surface, trois couches superposées : une profonde, formée de tissu conjonctif lâche, représentant le tissu cellulaire sous-cutané ; une moyenne, répondant au derme, et une superficielle, représentant l'épiderme et ses cones intradermiques.

A. *Couche profonde.* — Cette couche est constituée par le tissu conjonctif fasciculé qui forme le centre de la tumeur et l'axe des excroissances papillomateuses : on y rencontre des artères et des veines volumineuses et de vastes lacunes lymphatiques.

B. *Couche moyenne.* — La couche moyenne représente le derme dont les replis forment la zone corticale des végétations qui hérissent la surface de la tumeur ; sa structure générale est identique à celle du chorion cutané de la région crurale.

C'est dans cette couche que l'on peut constater l'existence et les caractères de la néoplasie qui, depuis un temps qu'il est impossible de déterminer, s'est surajoutée à la tumeur primitive : nous la décrirons aussi clairement que possible, bien que son étude, difficile par elle-même, le soit rendue plus encore par les mauvaises conditions de préparation dans lesquelles nous nous sommes trouvé placé, et nous devrons laisser dans l'ombre plusieurs points de sa description, peu importants il est vrai, au point de vue plus spécialement clinique qui nous occupe en ce moment.

Les régions les plus profondes de cette couche moyenne présentent parallèlement à la surface de la peau et suivant par conséquent les festons capricieux qui représentent, sur la coupe, les saillies papillomateuses, des traînées de cellules, peu volumineuses, polyédriques par pression réciproque, d'un diamètre moyen de 20 μ, munies d'un noyau sphérique nucléolé, fortemen colorées par le picro-carmin, et assez analogues aux cellules qui se montrent sous forme de traînées linéaires dans les espaces lymphatiques de la peau atteinte de carcinome secondaire. Seulement, au lieu d'être libres, les unes par rapport aux autres, et de pouvoir être chassées individuellement par l'action du pinceau, ces cellules sont soudées entre elles par un ciment et réunies sous forme de boyaux étroits et pleins, assez régulièrement cylindriques, qui s'isolent tout d'une pièce par l'écartement mécanique des fibres conjonctives qui les entourent et leur servent de gangue. Ces caractères permettent de rattacher cette formation épithéliale, non au carcinome de la peau à alvéoles linéaires auquel nous faisions tout à l'heure allusion, mais à l'épithélioma tubulé de cette membrane.

Plus superficiellement et jusqu'au sein des papilles, d'ailleurs irrégulières et peu développées dans cette région, les cylindres épithéliaux changent d'aspect, tout en conservant leurs caractères essentiels : ils sont plus volumineux, à contours plus nettement arrêtés et moins régulièrement ordonnés par rapport à la surface de la tumeur : ce sont toujours des cylindres d'épithélioma pavimenteux tubulé, et certains points de la préparation rappellent volontiers l'aspect des lobes de l'épithélioma sudoripare.

Ailleurs, au contraire, les lésions sont d'une interprétation plus difficile et paraissent notablement différentes : elles varient encore selon qu'on les envisage dans les régions profondes ou superficielles de la couche moyenne que nous étudions, c'est-à-dire, en somme, du derme.

Profondément, à côté et au milieu même des cylindres épithéliaux rectilignes et parallèles dont il a été question plus haut, on rencontre des trai-

Digitized by Google

nées, également rectilignes, de cellules présentant les mêmes caractères que celles des cylindres, mais libres les unes par rapport aux autres et même séparées par un petit intervalle. Ailleurs, le tissu du derme est le siège d'une infiltration diffuse de cellules semblables, parfaitement isolées et distinctes les unes des autres. Enfin, en certains points, on voit des groupes assez étendus, se présentant comme des taches jaunes irrégulières sur les préparations examinées à un faible grossissement, de cellules plus volumineuses et infiltrées d'un tégument brun jaunâtre diffus. Il est, d'ailleurs, en dehors même des tumeurs mélaniques, peu de tumeurs épithélioïdes de la peau qui ne présentent quelques foyers d'infiltration pigmentaire.

Il est impossible de rapporter les lésions que nous venons de décrire à l'épithélioma tubulé, car nous y constatons l'absence du caractère essentiel de toute formation épithéliale : la réunion des cellules par un ciment qui les soude et les rend solidaires les unes des autres. C'est là un point sur lequel M. *Ranvier* a justement insisté (1).

Elles rappellent plutôt les traînées épithélioïdes du squirrhe de la peau et les cellules isolées au sein du tissu conjonctif que nous avons décrites en faisant l'analyse de la tumeur précédente. Ces points, en un mot, sont du carcinome, mais du carcinome se présentant sous un aspect un peu spécial.

Dans les régions superficielles du derme, notamment au sein des végétations papillomateuses et dans les papilles elles-mêmes, le doute n'est plus permis, et l'on constate l'existence d'alvéoles carcinomateux parfaitement arrondis, volumineux et bourrés de cellules absolument indépendantes les unes des autres. Ces cellules diffèrent quelque peu, par leur aspect, de celles qui constituent les cylindres épithéliaux et les traînées épithélioïdes que nous avons précédemment étudiées : elles sont plus volumineuses, beaucoup moins régulières, et se rapprochent bien plus, par leur forme et leur aspect, de la cellule classique du carcinome. Ces alvéoles, isolés ou réunis en groupe, sont très superficiels et, en beaucoup de points, immédiatement sous-jacents à l'épiderme.

C. *Couche superficielle. — Épiderme.* — La couche épidermique qui revêt toute la surface de la tumeur est bien développée et ne manque en aucun point. Elle présente seulement des traces d'atrophie, au niveau du point où les alvéoles carcinomateux, que nous venons de décrire dans le paragraphe précédent, lui sont immédiatement sous-jacents. Nous n'avons trouvé, sur aucune de nos préparations, la moindre trace de poils ni des glandes sébacées ou sudoripares.

L'interprétation des faits histologiques que nous venons d'exposer est difficile, et, comme elle n'a pas une très grande importance au point de vue spécial qui nous occupe, nous ne passerons pas en revue les différentes hypothèses qu'ils peuvent suggérer. Ce qui est certain, c'est que nous sommes en présence d'une tumeur congénitale et, essentiellement bénigne, méritant à peine le nom de production pathologique, puisqu'elle est, en somme, constituée par une sorte de superfétation de la peau normale, qui est devenue le siège d'une néo-

(1) *Ranvier.* — Article ÉPITHÉLIUM du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.* — *Traité technique d'histologie*, article ÉPITHÉLIUM. — *Cornil* et *Ranvier.* — Article ÉPITHÉLIOMA du *Manuel d'histologie pathologique.*

Digitized by Google

plasie atypique dont le pronostic est, par conséquent, beaucoup plus sérieux. Les caractères de cette néoplasie sont complexes : Ici, elle se rattache à la forme connue sous le nom d'épithélioma tubulé; là, au contraire, elle se rapproche du genre carcinome; mais nous manquons de données suffisantes pour indiquer l'origine de la néoformation épithéliale, non plus que les liens qui l'unissent à la néoformation épithélioïde : aussi supprimerons-nous toute hypothèse et nous contenterons-nous, mettant à part toute préoccupation histogénésique, de définir notre tumeur : un *épithélioma tubulé carcinomateux.*

Nous pourrions multiplier ces exemples de tumeurs bénignes ou de simples difformités de la peau devenues le siège de néoplasies malignes, mais les deux faits que nous venons de rapporter nous semblent assez nets pour attirer l'attention sur la possibilité et la fréquence de semblables complications encore peu étudiées; la transformation de certains nœvi en tumeurs mélaniques l'est davantage; mais l'histoire anatomique et clinique de ces tumeurs mérite d'être reprise dans un travail spécial. Nous terminerons donc ici notre communication, que nous ne regardons que comme une simple note suggérée par les hasards de la clinique, par quelques remarques applicables à l'un et à l'autre des faits que nous ve nons de rapporter.

Nous ferons d'abord remarquer, pour les deux tumeurs que nous venons de décrire, la lenteur et la bénignité du processus néoplasique dont elles sont le siège. Nous voyons, en effet, dans le premier cas, un carcinome, que l'on est accoutumé à considérer comme le prototype des néoplasies malignes, évoluer localement pendant plus de sept ans avant de déterminer une exulcération légère, et sans envahir la peau, dont il n'est séparé que par un pédicule étroit; et, dans le second, un épithélioma carcinomateux demeuré tellement caché au sein de la tumeur où il s'est développé, qu'un dermatologiste des plus distingués a pu en méconnaître l'existence. Ces exemples cependant ne sont pas les seuls que l'on puisse citer de carcinome et d'épithélioma affectant une marche lente et un caractère relativement bénin : nous avons rappelé ailleurs (1) une observation bien intéressante de M. le professeur *Verneuil,* relative à un carcinome ganglionnaire du cou évoluant et récidivant sur place sans présenter la moindre tendance à la généralisation, et l'on sait que certains épithéliomas, les épithéliomas tubulés surtout, présentent souvent une bénignité remarquable. Aucun chirurgien n'ignore, d'ailleurs, combien le pronostic des tumeurs épithéliales varie selon leur siège, leur genre histologique et leur mode d'évolution.

Qu'arriverait-il cependant si l'on abandonnait à elles-mêmes de sem-

(1) *Chambard,* Du carcinome primitif des ganglions lymphatiques. — *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie,* 1880.

Digitized by Google

blables tumeurs? Il est fort probable qu'une fois l'ulcération établie, la situation changerait de face; dans l'un et l'autre de nos deux cas, il était bien près d'en être ainsi, car les alvéoles carcinomateux atteignaient la membrane vitrée du derme qui, dans le premier surtout, commençait à s'atrophier. Or, le carcinome, plus encore que toute autre forme de cancer, supporte impatiemment les actions irritantes qui s'exercent à sa surface; aussi faut-il l'isoler, y toucher le moins possible ou l'extirper, le détruire à fond. Une couche épidermique intacte est pour lui la protection la plus efficace. Nous pensons donc que, l'ulcération établie, nos tumeurs n'eussent pas tardé à se convertir en une masse fongueuse, et que le processus alvéolaire eût fini par franchir le pédicule qui semblait lui servir de barrière : le carcinome primitif et l'épithélioma carcinomateux, longtemps cantonnés dans une excroissance cutanée seraient alors devenus des carcinomes de la peau et en auraient présenté toutes les complications et toute la gravité. Le pronostic aurait été cependant beaucoup moins mauvais pour la seconde tumeur si la structure eût été celle d'un épithélioma tubulé simple, mais nous avons vu qu'un processus carcinomateux, de signification beaucoup plus grave, en compliquait la structure.

Les conséquences pratiques des faits cliniques et histologiques que nous venons de rapporter nous paraissent être de quelque importance. Ces faits nous enseignent, en effet, que des tumeurs congénitales de la peau peuvent devenir le siège de néoplasies à évolution lente et insidieuse qui, graves partout ailleurs, présentent là et pendant une longue période un caractère de bénignité remarquable.

Leur évolution paraît présenter trois phases successives de durée inégale. — Pendant la première, qui peut durer plusieurs années, elles évoluent avec une extrême lenteur et peuvent être méconnues ; dans la seconde, elles prennent un accroissement rapide, mais encore limité d'une part par la persistance du revêtement épidermique; de l'autre, par l'obstacle qu'offre le pédicule de la tumeur primitive à leur propagation à la peau; la troisième enfin, qui est encore peu connue, serait caractérisée par l'ulcération, la destruction de la tumeur et l'envahissement de la peau, avec toutes ses conséquences. — De là, cette conclusion pratique, par laquelle nous voulons terminer cette note, d'enlever les tumeurs congénitales de la peau lorsque leur siège et leur petit nombre permettent de le faire sans inconvénients ; de les surveiller en tous cas, et, lorsque l'une d'elles vient à présenter une modification de couleur, de volume et de consistance suspecte, de ne pas hésiter à l'extirper de bonne heure en ayant soin, par excès de prudence, de cautériser profondément la région où elle était implantée.

Digitized by Google

II

LA SOI-DISANT LOI DE COLLES EST-ELLE UNE LOI OU NON?

Par le Dr **Gustave Behrend**, Agrégé libre à la Faculté de Médecine de l'Université de Berlin.

Dans un mémoire sur l'hérédité de la syphilis (*Berliner klinische Wochenschrift*, année 1881, nos 8 et 9, p. 107 et 124), j'ai essayé de démontrer, à l'aide d'observations précises, que le virus syphilitique peut passer par la circulation placentaire de la mère à l'enfant, et, inversement de l'enfant à la mère; que cette transmission est loin d'être constante, et que, d'un côté, une femme portant dans son sein un enfant, syphilitique de par son père, peut rester saine, tandis que, de l'autre, une femme infectée pendant la grossesse, peut donner le jour à un enfant qui est sain à sa naissance, et qui restera également sain dans la suite.

Ces propositions, découlant de l'observation de faits cliniques, étaient en désaccord avec un thème connu surtout en France sous la dénomination de « Loi de Colles »; aussi croyais-je avoir démontré :

1° Que la thèse généralement appelée Loi de Colles provenait d'une proposition de Colles, mal interprétée, et amplifiée arbitrairement dans le cours des années;

2° Que cette loi, telle qu'elle est formulée par les auteurs modernes, se base sur une faute de logique, parce qu'elle est déduite d'une prémisse négative;

3° Que cette loi, dans la forme qu'on lui a donnée, est démentie par des observations cliniques directes, puisqu'il est établi par des faits irréfutables, qu'une femme peut prendre la vérole en allaitant son enfant, syphilitique de par le fait de son père.

Je ne serais pas revenu sur ce sujet, à nouveau, si mon travail n'avait pas été dans ce journal (*Annales de Dermatologie*, 1882, n° 5, p. 285) l'objet de réflexions critiques de la part de deux savants éminents, MM. Diday et Doyon, qui ont essayé de montrer que mes conclusions et leur base étaient également contestables.

Je ne pouvais rester indifférent à cette critique émanant de syphiligraphes à bon droit hautement réputés à l'étranger comme en France, et

Digitized by Google

ce m'était une obligation de rétablir mes conclusions d'une manière plus explicite, et de démontrer à nouveau leur bien fondé; cela surtout en raison de la nature du sujet aussi délicat et ausi plein de risques pour le médecin que pour la famille. Je me plais à espérer que mes savants confrères ne prendront pas mon argumentation en mauvaise part, car elle n'a trait qu'au sujet lui seul et non à leurs personnes.

I.

J'ai dit que la proposition qu'on résume généralement sous le titre de *loi de* COLLES a pris naissance d'une proposition de Colles mal interprétée et amplifiée arbitrairement dans le cours des années. Dans les *Practicals observations on the venereal disease and on the use of the mercury,* par A. COLLES, Londres, 1837, p. 285, nous trouvons la propoition suivante : « C'est un fait curieux, dont je n'ai jamais ni vu ni entendu parler, que l'exemple d'un enfant qui, tenant l'infection syphilitique de ses parents, ait causé une ulcération au sein de sa mère; d'autre part, il y a peu de cas où un tel enfant n'eût pas affecté une nourrice saine. »

En lisant cette proposition, chacun, je crois, doit avoir l'impression que COLLES a voulu indiquer, qu'un enfant syphilitique, dont les parents, *tous les deux,* et en tout cas la mère également (ce qui est l'essentiel), ont, ou ont eu la vérole, n'infecte jamais sa mère en tétant (1). Telle est l'impression qu'on reçoit de ces mots et tel est le sens que COLLES a voulu indiquer réellement; et c'est aussi ce qui est établi par les observations cliniques apportées par lui *in extenso* comme pièces justificatives, mais échappées, à ce qu'il semble, à MM. Diday et Doyon, puisqu'ils disent (*Annales, l. c.*, p. 294) : « COLLES s'est-il inquiété de citer des faits? Nullement; je n'ai jamais ni vu ni entendu rapporter, etc., se contente-t-il de dire. »

Cependant COLLES a fait suivre immédiatement la proposition susdite par deux observations détaillées, dont je vais reproduire la seconde en omettant tout ce qui n'est pas essentiel (2).

(1) Telle est l'opinion de FR.-A. SIMON, traducteur allemand de l'œuvre de COLLES, qui ajoute (traduction allemande; Hambourg, 1839, page 273) la note suivante : « Il est bien aisé à comprendre qu'un enfant ayant hérité de la dyscrasie par sa mère ne peut pas infecter celle-ci. »

(2) Dans le premier cas, il s'agit d'une exception apparente à cette règle, d'après l'auteur, d'une mère infectée par son propre enfant; mais il était vraisemblable que celui-ci avait transmis la vérole à sa mère, après l'avoir gagnée par une autre femme.

Je regrette de n'avoir pas l'original anglais à ma disposition, et je suis obligé de reproduire le deuxième cas d'après la traduction allemande. Il en résulte peut-être quelque différence avec l'original anglais, qui ne peut toutefois se rapporter qu'aux mots et à l'expression, non à la matière elle-même.

Digitized by Google

5 août 1834. M. D..., respectable artisan, avait été traité par moi, il y a deux ans à peu près, *avec sa femme*, pour des ulcérations syphilitiques secondaires, dont je les croyais guéris *tous les deux*, quoique M. D... n'eût pas gardé la chambre pendant le traitement. Avant d'être traitée, Mme D... avait eu plusieurs avortements, mais il ne me fut pas possible d'en apprendre les détails. Elle vint me consulter pour son enfant, âgé de cinq mois, qui était affecté, depuis le deuxième mois, de vastes taches cuivrées aux cuisses et aux jarrets, ulcéreuses en ces dernières régions; d'ulcères syphilitiques autour de l'anus et aux lèvres, et aux angles de la bouche d'ulcères plats et blanchâtres. Les parents, tous les deux, sont en ce moment parfaitement bien portants; l'enfant semble prospérer très bien; point de symptôme morbide chez la mère..... J'ordonnai pour l'enfant : *hydrargyrum cum creta*, et de même un traitement mercuriel AUX PARENTS TOUS LES DEUX.

. . . . . .

. . . . . Je revis l'enfant seulement le 28 août 1834 avec ses parents. Ils me présentèrent en même temps une jeune servante de treize ans qui avait soigné l'enfant, montrant... (pour être bref), des symptômes syphilitiques secondaires.

Après avoir détaillé le traitement et le cours de la maladie chez toutes ces personnes jusqu'au 13 février 1836, l'auteur continue :

Dans ce cas, il est parfaitement évident que la servante avait été infectée par l'enfant... *C'est ici donc que je dois faire remarquer ce fait, que la mère n'avait nullement souffert de la maladie; elle ne fut pas infectée*; *la maladie pouvait néanmoins se transmettre à la servante.*

En somme, d'une femme ayant été traitée pour syphilis et ayant eu dans le cours de deux années plusieurs avortements, naît un enfant syphilitique à l'âge de deux mois, qu'elle allaite sans être infectée, quoiqu'une servante contracte la vérole seulement en soignant l'enfant.

Telle est une observation apportée par COLLES lui-même comme un fait probant de sa thèse, qu'il précise encore une fois en résumant son expérience à la fin de ce chapitre, dans les termes suivants :

Un fait bien digne d'attention est le suivant : Un enfant né d'une mère exempte de *symptômes vénériens apparents*, et qui, sans avoir été exposé à aucune infection après sa naissance, est atteint de syphilis après quelques semaines, infectera la nourrice la plus saine pendant qu'elle l'allaite ou simplement qu'elle le soigne et l'habille; et cependant un tel enfant n'a jamais infecté sa propre mère lorsqu'il la tette, même ayant, lui, à ce moment, des ulcères vénériens des lèvres et de la langue. (Traduction de MM. DIDAY et DOYON dans ces *Annales*, *l. c.*, p. 296.)

Vis-à-vis de l'observation communiquée *in extenso*, il ne peut rester aucun doute que, dans l'idée de COLLES, les « mères exemptes de symptômes vénériens apparents », qui ne sont jamais infectées par leurs enfants syphilitiques en les allaitant, ne sont des mères saines *que pour le moment*, des mères, qui *ont eu* la vérole auparavant, et qui, saines en apparence, se trouvent encore sous l'influence du contage; en un mot,

Digitized by Google

des mères qui ont elles-mêmes communiqué la maladie à leurs enfants par le fait de l'hérédité.

Je ne crois donc pas avoir fait erreur en affirmant que la thèse de COLLES, dans le sens de son auteur, n'était qu'une simple mise en exemple de l'unicité de la syphilis. Ce sont les auteurs venus à la suite qui l'ont interprétée, modifiée, amplifiée, qui, en un mot, lui ont donné une forme tout à fait différente de sa forme d'origine, de telle manière qu'ils ont établi de nouvelles propositions qu'ils attribuèrent à tort à COLLES. BAUMÈS (1) d'abord émit un nouveau principe; il disait : « Une mère ayant porté dans son sein un enfant syphilitique, qui doit l'infection au sperme de son père, ne contracte pas généralement, en nourrissant son propre enfant, la maladie syphilitique, comme pourrait la contracter une nourrice étrangère. » Plus tard, M. DIDAY (2) réunit ces deux thèses, celle de COLLES avec celle de BAUMÈS, sous la dénomination de « Loi de COLLES », et professa que jamais un enfant syphilitique, soit par le fait de sa mère, soit par son père, n'infecte sa mère qui l'allaite. C'est dans cette forme que la soi-disant loi de COLLES fut adoptée par tous les syphiligraphes postérieurs, par RICORD, FOURNIER, etc. Or, la « loi de COLLES » comprend : 1° la thèse originale de COLLES et 2° la thèse additionnelle de BAUMÈS.

II.

Après ces explications historiques, il faut demander quelle est la base sur laquelle cette loi est établie, quels sont les faits sur lesquels elle s'appuie? Il ne peut pas être douteux que la proposition première de COLLES ne soit juste : qu'une femme qui donne le jour à un enfant syphilitique ne soit pas infectée par celui-ci. C'est là le résultat acquis de l'expérience générale, établi par un grand nombre de constatations et par l'observation de tous les jours : qu'un sujet se trouvant sous l'influence du virus syphilitique ne peut pas gagner une nouvelle infection; et une femme, qui a communiqué la vérole à son enfant, se trouve dans cette condition. Mais en est-il de même pour la thèse supplémentaire de BAUMÈS? Je crois que non. « La mère d'un enfant syphilitique de par son père, dit Baumès, est indemne de la syphilis, quoiqu'elle n'ait jamais présenté le moindre symptôme visible. » Ne serait-ce pas là un fait curieux, un fait inexplicable et contraire à nos idées sur la réceptivité pour la syphilis. Mais il faudrait pourtant l'admettre si l'auteur de cette proposition

(1) *Précis théorique et pratique des maladies vénériennes*, t. Ier, p. 180.

(2) DIDAY, *Traité de la syphilis des nouveau-nés*. Paris, 1854, p. 285 et 290; et *Le péril vénérien dans les familles*. Paris, 1881, p. 388.

Digitized by Google

ou quelque auteur postérieur avait apporté en sa faveur une observation positive bien circonstanciée et concluante. Mais compulsez les annales de la science depuis les premiers temps jusqu'à nos jours, vous chercherez en vain cette observation.

Quelles sont donc les preuves de la vérité de cette loi singulière? « C'est le fait (disent MM. Diday et Doyon, *Annales*, *l. c.*, p. 294), que le monde syphiligraphique a accepté cette loi. » Il suffit, disent-ils, que MM. Baumès, Égan confirment cette opinion par le seul énoncé de leur expérience personnelle. C'est une preuve suffisante, que Ricord a simplement dit « qu'il est certain que, dans les cas où la mère a échappé à la syphilis en portant dans son sein un enfant syphilitique, elle ne contracte jamais la syphilis plus tard en allaitant son enfant malade; » et que M. Fournier déclare brièvement : « Je n'ai pas rencontré, au moins jusqu'à ce jour, de faits en opposition avec cette loi (1). » En un mot, MM. Diday et Doyon ont voulu indiquer que si un grand nombre d'auteurs, si graves et riches d'expériences, viennent nous communiquer le résultat de leurs observations, il faut les admettre sans demander une pièce justificative. En effet, il faut les applaudir dans quelque sens. Quand M. Diday, M. Doyon ou M. Fournier rapportent tel ou tel fait *positif*, on doit certainement l'accepter comme juste, et à personne ne peut être concédé le droit d'en douter; mais quand un auteur, quelque étendue que soit son expérience, communique des faits négatifs comme le résultat de ses observations personnelles, ni lui ni aucun autre n'est autorisé à en tirer une conclusion positive ou à en déduire une loi générale, sous peine de commettre une faute de logique.

C'est là le point principal dans la question en discussion. Nous trou-

(1) *Syphilis et mariage*. Paris, 1880, p. 222.

M. Fournier ne fait pas une déclaration tout à fait aussi brève. Il annote ce passage très amplement en indiquant les difficultés qui résultent de cette loi. Je ne me propose pas d'entrer ici dans cette question, que j'ai déjà touchée dans mon mémoire. (Voir *Annales*, *l. c.*, p. 289.) Qu'on lise le paragraphe cité du livre de M. Fournier, et on trouvera qu'il est avec raison réservé, et c'est sans doute en présence des contradictions auxquelles la loi de Colles va conduire, qu'il dit : « Je n'ai pas rencontré, *au moins jusqu'à ce jour*, des faits en opposition avec cette loi. »

Quant à l'opinion de M. Ricord, ci-dessus citée, je la connais seulement par le livre de M. Fournier. Je ne puis donc dire si elle a été émise par Ricord à cette époque, où il regardait la syphilis secondaire en général comme non contagieuse, ou après en avoir reconnu la contagiosité.

M. Egan enfin, contemporain de Colles, qui est cité généralement comme un garant de cette loi par tous les auteurs, ne fait que répéter simplement les termes de Colles.

Je dois ajouter que M. Zeissl, de Vienne, adoptant mes conclusions, a rejeté récemment la loi de Colles dans la plus nouvelle édition de son *Traité de la syphilis*, qui vient de paraître il y a quelques mois.

Digitized by Google

vons que BAUMÈS a observé (il faut au moins le supposer) des mères saines qui n'avaient pas été infectées en allaitant leurs enfants syphilitiques de par leurs pères, et il en a conclu à son tour que ces mères étaient indemnes surtout contre l'infection syphilitique, comme si cette conclusion était la seule possible, comme si des conditions externes ne pourraient empêcher une infection. Celui qui connaît l'histoire de la syphilis pendant notre siècle sait combien d'erreurs se sont glissées dans la science, tirant leur origine de pareils paralogismes. Je ne fais que rappeler que Cullerier a nié la transmissibilité de la syphilis par la nourrice au nourrisson, même quand il y avait des ulcérations spécifiques au mamelon. Il parvint à cette conclusion par quelques observations concrètes, communiquées alors à l'Académie de Médecine, d'après lesquelles des nourrices syphilitiques (dont deux avec des ulcérations aux mamelons) donnaient le sein à des enfants sains sans les infecter. On connaît avec quelle tenacité RICORD défendait jadis la non-transmissibilité de la syphilis secondaire à cause de pareilles observations. Il avait vu (1) des sujets sains avoir des rapports prolongés avec des personnes atteintes de plaques muqueuses aux parties génitales sans être infectés; jamais il n'avait pu voir des enfants acquérir la vérole au sein de nourrices affectées d'accidents secondaires très manifestes, et, inversement, il n'avait jamais constaté une infection de la nourrice par le nourrisson, même quand le dernier présentait des ulcérations spécifiques aux lèvres ou dans la bouche. Ces faits négatifs, je le demande, démontraient-ils la non-contagiosité de la syphilis secondaire, selon la conclusion que RICORD en tirait? Ce qu'il n'avait pas pu observer, d'autres auteurs, moins riches d'expériences peut-être, l'ont observé, et ce que BAUMÈS, pour revenir à lui, n'a jamais pu constater, a été constaté par d'autres observateurs d'une manière inattaquable, par des faits cliniques incontestables.

III.

Dans mon mémoire susmentionné, j'ai signalé deux observations, l'une de RANKE, l'autre de M. GUIBOUT, qui établissent positivement que la mère d'un enfant syphilitique de par son père peut, en effet, être infectée par celui-ci. Ces observations sont reproduites par MM. DIDAY et DOYON (*Annales, l. c.*, p. 292), et je puis y ajouter encore un troisième cas bien circonstancié appartenant à CAZENAVE, et communiqué *in extenso* par M. DIDAY dans son ouvrage classique sur la *Syphilis des nouveau-nés*. (Paris, 1854, p. 290.) Malgré ce cas, le seul de ce genre il est vrai

(1) *Lettres sur la syphilis*, 1re édit., p. 101 et suiv.

Digitized by Google

à cette époque, M. Diday a cru pouvoir établir que *jamais* une mère saine ne pouvait être infectée par l'allaitement, et après avoir pris connaissance de deux autres cas, il ajoute : « Armés de trois ou quatre faits contraires, colligés dans l'espace de près d'un demi-siècle, les *anticollistes* lèvent haut la tête, » etc. (*Annales*, *l. c.*, p. 294.) Et les *Collistes* (pour me servir du mot créé par MM. Diday et Doyon), que peuvent-ils opposer à ces trois cas exprimant un fait positif et indiscutable ? Rien, que la négation d'un fait d'expérience, une lacune, pour ainsi dire, dans la série de leurs observations, à laquelle on veut accorder plus d'importance, plus de valeur démonstrative qu'aux faits positifs.

Contrairement à cette manière de voir, je déclare avec insistance qu'un fait positif prouve beaucoup plus qu'un nombre de faits négatifs quelque grand qu'il soit, dont on peut déduire quelques probabilités, mais dont il ne peut jamais résulter la certitude absolue que garantit un seul fait positif. C'est là un principe fondamental de logique, approuvé, du reste, aussi par M. Diday comme une loi générale, mais pourtant rejeté par lui seulement, à ce qu'il semble, pour la question en discussion. Car en 1854, en réfutant la théorie de Cullerier et de Ricord, qui se prononçaient pour la non-transmissibilité de la syphilis secondaire (voir plus haut), il s'exprimait (voir *Traité de la syphilis des nouveau-nés*, p. 279) de la manière suivante :

Quant à moi, je ne ferai qu'invoquer un principe élevé par l'assentiment unanime au rang de loi, en rappelant que dans la question relative à la contagion, les faits négatifs ne sont jamais admissibles que comme simples présomptions. Sur vingt personnes qui visitent un varioleux, quinze pour le moins échapperont à la contagion. Voulez-vous pour cela la nier ? Trois jeunes gens s'empressent autour de la même personne dans des conditions en apparences parfaitement identiques. Deux sont victimes; le troisième reste sain. Direz-vous que la blennorragie ne se transmet pas? L'inoculation artificielle elle-même, où toutes les circonstances favorables au succès de l'opération sont à la disposition de l'expérimentateur, n'échouera-t-elle jamais? Et concluriez-vous de ces rares insuccès à la non-contagiosité du pus chancreux? Non certes, car vous reconnaîtrez qu'en fait de transmission d'individu à individu, le résultat est soumis à l'influence de certains éléments qu'on ne peut ni tous connaître, ni toujours réunir dans une expérience; et malgré l'encourageant exemple de danger affronté trois ou quatre fois sans dommage, vous n'oseriez certes pas garantir de tout risque l'imprudent qui irait s'y exposer une cinquième.

Je suis parfaitement d'accord avec ces explications du savant maître, puisqu'il y formule une loi qui ne domine pas seulement l'histoire des maladies virulentes, mais qui est vraie et absolue dans la généralité des faits de tout ordre. Si je proclame que l'infection d'une mère saine par son enfant syphilitique est la règle et l'immunité, ou disons-le plus correctement, que la non-contagion d'une mère, se trouvant dans ces conditions

Digitized by Google

est l'exception, je ne fais pas autre chose que d'appliquer son argumentation à la question en discussion, les faits positifs seuls étant probants.

IV

Ainsi donc, la faute de BAUMÈS et de ses partisans est de parler d'immunité des mères, là où il ne s'agit que de non-contagion, erreur qui peut conduire à des conséquences funestes non moins pour la famille que pour le médecin. Dans son *Traité de la syphilis des nouveau-nés* (p. 290) comme dans son livre le plus récent (*Le péril vénérien*. Paris, 1881, p. 388), M. DIDAY insiste sur l'allaitement des enfants syphilitiques par leurs mères. Comme la mère d'un enfant syphilitique par le fait de son père, dit-il, « est la seule femme de qui il puisse prendre le sein sans risquer de lui donner le mal (loi de COLLES), il faut tout faire pour lui assurer cette nourrice-là. »

Supposons donc un cas où vous avez réussi à vaincre toutes les objections que l'on vous a opposées : la mère allaite, l'enfant prospère au sein, la syphilis seule ne veut pas respecter la loi, la mère gagne la vérole dont on ne peut plus nier la possibilité. Quelle serait la situation? Seriez-vous disculpé en assurant la femme ou le mari que votre conseil se basait sur une loi approuvée par un grand nombre de savants syphiligraphes, une loi dont on ne connaît jusqu'à présent que si peu d'exceptions, qu'elles ne peuvent pas l'ébranler elle-même, comme M. DIDAY l'a expliqué? (*Annales l. c.*)

Ce serait pour la femme une faible consolation que de recevoir de vous la preuve qu'elle appartient aux exceptions les plus rares, et, pour le mari, de savoir combien le cas de sa femme est intéressant. L'un et l'autre n'auraient-ils pas le droit de répondre que cette loi leur a été bien préjudiciable, et de s'écrier que les lois sont instituées pour protéger et non pour nuire!

Assurément, dans ma pensée, les exceptions à la soi-disant loi de COLLES sont beaucoup plus importantes que cette loi elle-même, loi qui ne mérite que l'oubli. Ses exceptions seulement doivent être prises en considération; elles seules méritent véritablement le nom de loi.

Digitized by Google

III

LA LETTRE ET L'ESPRIT DE LA LOI DE COLLES

Réponse à M. Gustave Behrend, par MM. P. Diday et A. Doyon.

Dans l'article ci-dessus, qui est une réplique au travail que nous avons publié dans le n° 5 (25 mai 1882) des *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, M. le Dr G. Behrend maintient à nouveau, contre nous, les trois propositions suivantes :

1° La thèse généralement appelée *Loi de Colles*, provient d'une proposition de Colles, mal interprétée, et amplifiée arbitrairement dans le cours des années ;

2° Cette loi, telle qu'elle est formulée par les auteurs modernes, se base sur une faute de logique, parce que elle est déduite d'une prémisse négative ;

3° Cette loi, dans la forme qu'on lui a donnée, est démentie par des observations cliniques directes, puisqu'il est établi par des faits irréfutables, qu'une femme peut prendre la vérole en allaitant son enfant, syphilitique de par le fait de son père.

Nous demandons à notre très honorable confrère, M. G. Behrend, la permission de laisser de côté cette troisième proposition. Les faits *irréfutables* dont il parle se réduisent au seul (celui de Cazenave) que, d'ailleurs, l'un de nous (Diday) avait déjà cité, et que nous acceptons bien volontiers comme exemple de l'exception que comporte toute *loi* de physiologie pathologique. Quant aux deux autres, nous avions signalé, dans leur trop court énoncé, des lacunes qui suffisent à les rendre non valables. M. Behrend avait à répondre à nos objections : il ne l'a pas fait. — D'autre part, s'il existe des observations, si de tels cas abondent, M. Behrend n'aurait-il pas dû, depuis huit mois que son article — suivi de nos objections — a paru, ne pouvait-il en trouver d'autres, soit dans sa pratique, soit dans ses lectures? Sa magistrale dénégation a été assez vulgarisée pour faire surgir la publication de nouvelles observations. Et cependant nous le répétons, huit mois se sont passés ; et il s'en réfère uniquement aux deux exemples insuffisants déjà cités par lui.

« La thèse généralement appelée *Loi de Colles*, dit M. Behrend, provient

Digitized by Google

d'une proposition de Colles mal interprétée, et amplifiée arbitrairement dans le cours des années. »

Les deux amplificateurs désignés par M. Behrend, sont Baumès et M. Diday. Ce dernier reste seul à défendre son opinion. Mais, quoique fort reconnaissant à M. Behrend, il ne peut accepter l'honneur que celui-ci veut bien lui faire, de déplacer Colles pour mettre en son lieu, lui, M. Diday. Non, Colles a très bien vu et très clairement exprimé ce qu'il voulait dire : il l'a non pas laissé échapper, mais répété à quatre reprises dans l'espace de son original ouvrage. Voyons donc, texte en mains et textes en regard, si M. Diday fut, en 1854, un novateur, comme on le prétend, ou seulement un traducteur, comme il l'affirme.

La proposition de M. Diday est ainsi conçue : « Jamais un enfant né vérolé par le fait de l'un ou de l'autre de ses parents, ne communique le mal à sa mère qui l'allaite. (*Traité de la syphilis des nouveau-nés*, p. 290.)

Or, qu'avait dit Colles ?

« C'est un fait curieux, dont je n'ai jamais ni vu, ni entendu citer un exemple, qu'un enfant tenant l'infection syphilitique de ses parents ait causé une ulcération au sein de sa mère ». (*Practical observations on the venereal diseases*, p. 285.)

Entre ces deux versions, on ne voit jusqu'ici guère de différence. Mais M. Behrend y regarde de plus près. M. Diday a écrit : « Un enfant vérolé par le fait *de l'un, ou de l'autre de ses parents.* » — Et Colles avait dit : « Un enfant tenant l'infection syphilitique *de ses parents.* » — « De *ses* parents, dit M. Behrend; donc de *ses deux* parents (1). — De *ses deux* parents ! poursuit-il, faisant bon marché du père ; « donc, en tout cas, de sa mère ; ce qui est l'essentiel ».

C'est l'essentiel, en effet... pour notre honorable critique. Mais est-ce le réel ? Et avant tout, est-ce cela qu'a voulu dire Colles ? Écoutons-le lui-même, dans la conclusion par laquelle il termine et résume son chapitre magistral : « Un fait digne d'attention est celui-ci : que, un enfant né d'une mère, laquelle est sans aucun symptôme vénérien apparent, enfant qui.... » Je vous arrête là, nous crie M. Behrend. « *Dans l'idée* de Colles, les mères qu'il dit : « exemptes de symptômes vénériens apparents », ne sont des mères saines *que pour le moment ;* ce sont des mères qui ont eu la vérole auparavant.... »

(1) A l'encontre d'une semblable déduction, notons que Colles admet (p. 265) que l'infection originelle du fœtus peut lui venir, soit de ses deux parents, soit de l'un d'eux seulement.

Digitized by Google

Tenant grand compte de cette interprétation de M. Behrend, nous avons voulu voir, quelle était la manière habituelle de s'exprimer de Colles? si, par hasard, quand il a l'intention de désigner : un sujet *vérolé mais exempt de symptômes, pour le moment,* il n'aurait point quelqu'autre moyen, pour rendre sa pensée, que de dire un sujet *exempt de symptômes vénériens apparents...* ? Nous avons, en conséquence, cherché dans son ouvrage. Et tombant sur un cas qui se rapporte exactement à celui supposé par M. Behrend (le cas d'un homme vérolé avant de se marier et qui une fois marié infecta sa femme, bien que, *à ce moment,* il fût exempt de symptômes), nous avons constaté que Colles sait alors fort bien dire : « *At this time,* M. K., *had not the slighest trace...* » (p. 264). Traduction : « *A ce moment,* M. K. n'avait pas la plus petite trace... » Par conséquent, l'expression lui étant familière et usuelle, nous inclinerions, quelque soit l'autorité de M. Behrend, à penser que, lorsqu'il ne l'emploie pas, c'est qu'il a ses raisons pour l'omettre; et que, lorsqu'il n'a pas mis le mot dans son texte, il est, oserons-nous dire, un peu sans façon de le mettre « dans son idée ! »

Mais ce qui ne ressort pas du dogme de Colles, peut être contenu dans ses observations. « Aussi, dit M. Behrend, c'est ce qui est établi par les observations cliniques apportées par lui *in extenso* comme pièces justificatives, mais échappées à ce qu'il paraît à MM. Diday et Doyon, puisqu'ils disent : « Colles s'est-il inquiété de citer des faits? Nullement. » — « Et cependant, continue M. Behrend, Colles fait suivre immédiatement sa proposition par deux observations détaillées... » — « Colles, ajoute M. Behrend, *donne comme preuve,* comme un fait probant de sa thèse, une observation... »

Eh bien, nous le répétons nous, et aussi haut que jamais. Non : Colles n'a pas *donné comme preuve* une seule observation. Il pose le fait d'immunité maternelle comme établi ; il l'étale quatre fois comme s'il portait un défi et attendait les contradicteurs. Mais il ne croit pas devoir apporter, lui, et en fait il n'apporte pas une seule observation comme preuve à l'appui de sa thèse.

Des deux cas qui, dans son ouvrage, peuvent être regardés comme s'y rapportant, le premier, qu'il emprunte à Cusack, n'a à ses yeux d'autre valeur que d'offrir un cas qu'on avait pu, au premier abord, considérer comme une dérogation à sa *loi;* mais qui, après un examen plus attentif, fut reconnu n'avoir nul rapport avec le fait en question, le nourrisson qui infecta le sein de sa mère ayant d'abord reçu lui-même le mal d'une nourrice étrangère.

Ce fait étant écarté, — et M. Behrend n'est pas le moins empressé à lui dénier toute valeur, — que reste-t-il « *des* observations cliniques apportées, dit-on, par Colles, comme pièces justificatives? »

Digitized by Google

il en reste *une*, conforme, il est vrai, à l'interprétation que M. Behrend donne de la pensée de Colles. Or, si l'interprétation de M. Behrend était bien la pensée de Colles, qu'eût fait celui-ci, ayant à sa disposition un pareil fait à l'appui de sa thèse? Assurément, il l'eût produit aussitôt après l'énoncé de la thèse; *il eût*, selon l'expression de M. Behrend, *fait suivre immédiatement la proposition susdite par l'observation qui la confirme*. Eh bien, non, Colles, sans égards pour son interprète, lui joue le tour, non seulement de ne pas mettre l'observation à la place que celui-ci jugeait convenable, non seulement de ne pas dire qu'il la donne comme preuve de sa *loi*, mais de déclarer expressément qu'il la donne comme preuve d'une thèse portant sur un sujet tout différent.

En effet, après avoir formulé sa *loi*, après avoir, pour éclairer cette loi par la discussion contradictoire, rapporté l'exemple ci-dessus, d'une apparente exception, Colles passe à d'autres sujets. De la page 286 (où se termine la discussion de ce premier fait) à la page 294, il traite successivement de la cure de la syphilis du nourrisson par le mercure donné à la nourrice; puis des différences entre le cours des symptômes dans la syphilis des nourrissons et des nourrices et le cours des symptômes dans la syphilis gagnée par les rapports sexuels; puis enfin, en étant venu à traiter de la transmission de la syphilis des nourrissons aux personnes qui les soignent, il dit : « Je vais apporter deux cas, pour montrer la facilité avec laquelle cette maladie est communiquée. » Et c'est seulement alors, c'est en la citant comme exemple de la facilité de cette transmission, qu'il raconte l'observation de M. D..., du respectable artisan, etc., observation que M. Behrend a fidèlement traduite (1) et n'a eu que le tort de *déplacer* pour les besoins de sa cause, en avançant que Colles avait *fait suivre immédiatement* sa proposition des deux observations, tandis que l'une — l'apparente exception — la suit en effet, mais que l'autre, et pour cause, en est distante de cinq pages.

Pourtant, nous dira-t-on avec toute raison, à quelque page qu'il figure et dans quelque intention qu'il ait été cité, ce fait (2) n'en a pas moins sa

(1) Il faut, en excepter un petit membre de phrase, intercalé par M. Behrend. Là où Colles a écrit : « Les deux parents paraissent jouir d'une parfaite santé, » M. Behrend met : « Les parents tous les deux sont, *en ce moment*, parfaitement bien portants. » Dans les traités qu'il concluait avec les puissances étrangères, Louis XI recommandait à ses ambassadeurs de placer toujours quelque *bon mot* dont on pût ensuite profiter. Hélas! les saines traditions diplomatiques depuis se sont exilées de chez nous; et l'on a déjà vu quel profit le *en ce moment* fait à notre honorable confrère dans sa polemique. Mais s'il y a eu erreur de sa part, y eût-il même en plus quelque faute, il a tout droit de compter sur notre indulgence. C'est nous qui l'avons perdu par le mauvais exemple. Il aura voulu *amplifier* à son tour. En tout cas, il serait valablement excusé par la pureté d'intention; l'interpolation était inutile, puisque la syphilis maternelle antérieure, dans ce cas, n'était point contestée. Il n'y aurait donc pas péché intéressé; mettons péché d'habitude, tout au plus.

(2) Il convient de le rappeler en quelques lignes. Nous les empruntons à l'ana-

Digitized by Google

valeur propre; et il l'a tellement, que Colles, parmi les quelques remarques dont il l'accompagne, dit incidemment : « La mère ne souffrit à aucun degré ni d'aucune manière de la maladie de l'enfant. Elle ne reçut aucune infection de son propre enfant, quoique le mal eût été capable d'infecter sa servante. » — Mais dans cette remarque, — que nous avons eu soin de traduire et citer en entier, — une omission nous frappe, l'absence d'un facteur important que Colles fait figurer dans la formule finale de sa loi (p. 304) : « un enfant, dit-il à cette page, né d'une mère *exempte de symptômes vénériens apparents.* » Or la mère dont il s'agit était-elle dans ces conditions quand elle conçut son enfant? y était-elle quand son enfant naquit? Colles l'ignore, puisqu'il ne vit mère et enfant que trois mois après l'accouchement.

Si donc ces mots « *exempte de symptômes vénériens apparents* » mots qui sont la caractéristique de la loi, manquent dans le commentaire que Colles fait de l'observation précédente, c'est que cette observation ne lui paraît point dans l'expression de la loi, telle qu'il la comprenait. Et de même qu'il lui avait donné sa véritable place en la mettant à part de la discussion de la loi d'immunité maternelle, de même M. Behrend se trouverait lui avoir donné son vrai nom en n'y voyant, ainsi qu'il le dit, non sans quelque ironie, qu'un simple exemple donné par Colles de la loi d'*unicité* : excès d'honneur que peut supporter sans effort la mémoire du clinicien perspicace, que nous aurions à féliciter, nous, d'avoir également pressenti la *syphilis par conception*, s'il faut s'en rapporter aux premières lignes de sa page 263, où est indiqué le trait pathognomonique de cette migration virulente si longtemps méconnue et niée.

L'insistance — fort légitime d'ailleurs, quelque peu fondée qu'elle nous semble — de M. Behrend, nous donne le plaisir de traiter encore avec lui deux questions : l'une, très simple, de logique; l'autre, plus délicate, de morale.

Quant au premier point, quant aux principes selon lesquels la méthode expérimentale doit opérer pour produire une démonstration dans cet ordre de faits, nous devons être d'accord lui et nous. Il y aurait du mal si nous ne l'étions pas; car il nous paraît bien que l'un de nous (Diday) l'est depuis près de trente ans. Son opinion de 1854 sur le peu de valeur des faits négatifs en matière de contagion, opinion que M. Behrend cite

lyse même de M. Behrend. « Colles rapporte une histoire de malades dans laquelle il dit expressément qu'il avait traité non seulement le père, mais encore la mère de l'enfant, deux ans auparavant, d'ulcères syphilitiques secondaires (Colles dit seulement de symptômes vénériens secondaires; mais peu importe). L'enfant eut, à l'âge de deux mois, des symptômes syphilitiques. La mère, qui allaitait l'enfant, n'eut pas demal *. Une servante de 13 ans fut infectée par le contact de cet enfant. »

* Colles dit : « n'avait reçu aucun germe d'infection de son propre enfant. »

Digitized by Google

à M. Diday pour le mettre en contradiction avec lui-même, M. Diday remercie son contradicteur d'en avoir reproduit les termes *in extenso*; car :

1° Elle n'a pas cessé d'être la sienne;

2° Il la voit non, sans satisfaction, devenue celle de M. Behrend;

3° Enfin, il espère que, puisque M. Behrend l'adopte, il voudra bien désormais s'y conformer; que puisque selon lui, « d'un nombre de faits négatifs, quelque grand qu'il soit, il ne peut jamais résulter la certitude, » il cessera de reprocher à M. Diday de « ne produire aucune observation personnelle » à l'appui de sa loi. En effet, ce reproche, dans la bouche de M. Behrend, constitue bel et bien un *paralogisme;* car des faits destinés à établir que telle chose n'est pas arrivée (dans l'espèce, que la mère n'a pas été infectée), peuvent-ils compter pour autre chose que pour des faits *négatifs?*

La position entre nous et M. Behrend est donc bien nette; et puisqu'il l'a définie lui-même, il ne saurait ne pas l'accepter. A lui donc les seules preuves ici admissibles, les faits positifs, les exemples de nourrisson ayant infecté sa mère; à lui, par conséquent, de produire des observations.

A nous, par contre, puisque on nous avertit que nos faits ne prouveraient rien, ne signifieraient rien, à nous d'attendre ceux de l'adversaire. Comme nos pères à Fontenoy : « Veuillez tirer le premier, lui disons nous. » Mais avant de tirer, choisissez bien vos munitions. Car nous vous en prévenons, on les contrôlera après le combat. Nous ne nous rendrons ni au *premier sang*, ni sur une sommation de quatre lignes (Guibout) et nous n'oublierons point, dans nos futures vérifications, que vous nous avez autorisés à collationner les traductions allemandes sur l'édition originale.

De cette lutte, que nous voudrions prochaine, faut-il d'avance fixer les conditions?... Un exemple suffira, car celui-ci vaut un programme. Ricord, vous le savez, refusa longtemps d'admettre la contagiosité des accidents secondaires. Il ne niait pas, non : il se déclarait prêt à croire, mais seulement quand, par des exemples cliniques, de quantité et surtout de qualité suffisantes, on lui aurait fournit de justes motifs de croyance.

Or ces motifs, en vain, soit par l'expérimentation soit par l'observation, Velpeau, Vidal, Cazenave, Bouley, Wallace, Waller, Richet, Schneph, etc., s'étaient successivemnt efforcés de les découvrir. Toujours l'inflexible logique, et la pénétrante critique du maître en démontraient l'inanité.

Sur ces entrefaites, en 1859, paraît un nouveau champion... non, retirons le mot; tout au contraire un clinicien désintéressé au débat mais

Digitized by Google

aussi ferme qu'indépendant, M. Rollet. Il choisit et groupe ses preuves, donne à leur faiceau magistralement assemblé la vigueur et la rigueur de l'arme la mieux trempée, et... et Ricord, convaincu, se rend, ajoutant par cette loyale attitude un titre de plus, et l'un des meilleurs, à tous ceux qui avaient déjà illustré sa longue et noble carrière.

Mettez-nous en passe de gagner aussi cet honneur, nous vous le demandons, très recommandable confrère. Mais n'oubliez point à quel prix il vous en reviendra une part. Imitez le modèle que nous venons de citer. Méditez ses moyens et procédés de polémique. En un mot, — et que votre gravité nous permette ce *mot* français, tant il peint bien la situation — en un mot, puisque, vous avez si vertement tancé M. Diday pour son opinion *uncontrolled*, devenez notre Rollet, et nous ne serons plus même *un contre Rollet!*

Votre genérosité s'offusquerait-elle d'accepter de nous ces concessions?

Eh bien! jouons, comme on dit, cartes sur table, ou, si vous aimez mieux, faisons un marché ferme. Quoique, selon vous, ni Colles, ni aucun de ses partisans n'aient cité d'observations justificatives, il en existe *six* dont vous trouverez l'indication dans le *Traité de la syphilis des nouveau-nés*, de M. Diday (p. 284). Eh bien! donnant, donnant. Contre ces six observations confirmatives de la loi, fournissez en six infirmatives, et nous cédons.

Finissons par les applications pratiques que comporte la loi de Colles. A peine M. Diday l'eût-il tirée de l'oubli, on vit à quoi elle pouvait servir. « La mère ne pouvant être infectée par son nourrisson, se dit-on, il faut faire en sorte qu'elle allaite son enfant, au lieu de le donner à une nourrice étrangère. » De cette façon on évite la diffusion du mal dans une famille qui, ne le soupçonnant pas possible, ne fera rien pour s'en préserver, rien pour le guérir; on encourage dans une large mesure (1) le nourrissage maternel; gardant l'enfant chez ses parents, on peut, s'il devient malade, le soigner dès les premiers symptômes; aucun remède aucune précaution d'hygiène ne sera épargnée dans cette cure; on pourra même ajouter à la médication directe le traitement de la mère. Tout est sauvegardé, ce semble; sans compter, ce qui a bien son prix, que, ainsi, on coupe court à tout scandale, tout procès, tout essai de chantage.

Mais arrivé à ce point, il faut céder la parole à M. Behrend : « Supposons, dit-il, un cas où vous avez réussi à vaincre toutes les objections que l'on vous a opposées : la mère allaite, l'enfant prospère au sein ; la syphilis seule ne veut pas respecter la loi ; la mère gagne la vérole dont on ne peut plus nier la possibilité. Quelle sera la situation? Serez-vous disculpé en assurant la femme ou le mari que votre conseil se basait sur une loi approuvée par un grand nombre de savants syphiligraphes, une loi dont on ne connaît jusqu'à présent que si peu d'exceptions qu'elles

Digitized by Google

ne peuvent pas l'ébranler elle-même, comme M. DIDAY l'a expliqué? (*Annales l. c.*)

« Ce serait pour la femme une faible consolation que de recevoir de vous la preuve qu'elle appartient aux exceptions les plus rares, et, pour le mari, de savoir combien le cas de sa femme est intéressant. L'un et l'autre n'auraient-il pas le droit de répondre que cette loi leur a été bien préjudiciable, et de s'écrier que les lois sont instituées pour protéger et non pour nuire. »

Bien rédigé, très honorable confrère ! Et non moins bien raisonné... si la loi de Colles était fausse !

Mais la loi de Colles est juste. Et, dans la circonstance présente, sa justesse ressort précisément de l'innocuité de son application. Depuis 1854, année où il formula ce précepte, (*loc. cit.*, p. 361) M. Diday l'a toujours mis en œuvre. Il ne se borne pas à en faire profiter les gens qui, sous le coup imminent d'une éventualité de ce genre, viennent le prier d'être leur guide. Il en prend l'initiative vis-à-vis de tout homme qui, récemment guéri de la syphilis, est sur le point de se marier ou même seulement lui manifeste l'intention de se marier un jour. A tous, parmi les avis de toute sorte que motive une semblable situation, il dit : « surtout, ayez soin que votre femme nourrisse, au moins pendant les deux ou trois premiers mois. »

Eh bien, de cette multitude de *futurs*, de *fiancés*, d'*époux* ainsi renseignés et enseignés, il a revu le plus grand nombre. Et jamais, nous disons *jamais*, aucun d'eux ne s'est plaint, ou, pour prendre le style de M. Behrend, aucun n'est venu le *remercier* d'avoir, par son conseil, ajouté, à l'état de Madame, l'intérêt d'un cas rare ! M. A. Fournier et les disciples de son école si populaire, imbus de la même doctrine, donnent à leurs clients le même précepte. Or quand, de tant de ménages, selon M. Behrend, mis en péril, pas une accusation n'est parvenue au médecin, à celui qui aurait été l'auteur du péril, cela ne signifie-t-il rien ? Quoique ce ne soient là, en faveur de la loi, que des faits *négatifs*, ne commencent-ils pas à approcher du chiffre, qui, au dire de M. Behrend, « permet d'en déduire quelques probabilités. »

Digitized by Google

RECUEIL DE FAITS

NOTE SUR UN CAS DE CHANCRE SIMPLE (FORME PAPULEUSE)

Par **Fernand LAVERGNE**, interne des hôpitaux.

X*** Alexandre, 24 ans, tailleur, entré à l'hospice Saint-Louis le 27 janvier 1883, salle Saint-Louis, lit n° 10 *bis*. Service de M. le professeur Fournier.

Cet individu est ordinairement bien portant et n'a aucun antécédent vénérien. Le 25 décembre dernier, il s'est aperçu d'une petite écorchure sur le dos de la verge. Il n'en reste plus trace aujourd'hui. Quelques jours après, des plaies de même aspect ont apparu sur le prépuce et sur le gland : elles existent encore aujourd'hui 27 janvier, et présentent en ces deux points un aspect tout à fait dissemblable.

Sur le gland, il en existe trois : une première au sommet du gland, près du méat, grande comme une lentille, creusée en godet, jaunâtre ; une deuxième à la face inférieure, plus large, légèrement saillante au-dessus des parties saines ; à gauche de celle-ci, troisième ulcération, comme une tête d'épingle, creusée en godet.

Le prépuce est recouvert de nombreuses ulcérations. On en compte sept : deux à la partie supérieure, quatre à la partie inférieure ; l'une d'elles est placée en face de la deuxième ulcération que nous avons décrite sur le gland, de même forme, de même dimension que cette dernière, accolée à elle quand le malade ramène le prépuce en avant ; elle résulte évidemment d'une auto-inoculation du voisinage. Toutes celles qui sont placées sur le prépuce offrent des caractères identiques : du volume d'un gros pois, jaunâtres et parsemées d'un léger piqueté hémorragique, arrondies, elles sont surtout remarquables par ceci : chacune d'elles est supportée par une base papuleuse, dont les bords forment un petit plateau circulaire au-dessus des parties saines.

Un suintement abondant baigne les parties malades. Le gland ne peut être qu'en partie découvert. Un ganglion très petit existe dans l'aine droite.

Dans l'aine gauche, deux petites ulcérations offrant tous les caractères du chancre simple : elles ont été probablement produites par auto-inoculation, grâce à la déclivité de la verge en ce point pendant le sommeil. On porte le diagnostic suivant : chancres simples du gland et de l'aine gauche, chancres simples papuleux du prépuce.

L'inoculation est pratiquée en vue de confirmer le diagnostic ; le pus inoculé est pris sur les chancres papuleux : deux jours après, le 29 janvier, il est aisé de constater que l'inoculation a réussi.

Traitement : Pansement avec solution de nitrate d'argent au 1/30e.

Digitized by Google

11 *Février*. — Le malade est encore à l'hôpital. Les chancres vont beaucoup mieux. Leur volume a diminué de moitié. Leur coloration est celle d'une plaie en voie de cicatrisation.

RÉFLEXIONS.

La forme papuleuse du chancre simple, peu décrite jusqu'à ce jour, est intéressante à connaître.

Habituellement, en effet, le chancre simple constitue un ulcère creux. Le chancre papuleux au contraire consiste en une petite élevure, une sorte de « pastille ». Il simule parfaitement une papule syphilitique.

Pourquoi cette forme spéciale ?

Par suite de l'irritation incessante du chancre par l'urine, un chancre simple irrité devient phagédémique ou papuleux.

Le diagnostic est basé d'une part sur la co-existence, chez le même sujet, de chancres simples ordinaires et de chancres simples papuleux. Il est basé d'autre part sur les résultats de l'inoculation. Ces deux éléments de diagnostic existaient dans le cas actuel.

Il est important de ne pas commettre d'erreur, d'abord à un point de vue pratique, celui du pronostic; ensuite au point de vue médico-légal; enfin à un point de vue théorique.

En effet, si on prend pour des syphilides papuleuses ce qui n'est qu'une forme particulière du chancre simple, on commencera par déclarer l'individu syphilitique.

Si en outre on constate comme chez notre malade la présence en d'autres points du corps de véritables chancres simples typiques, en l'absence de tout chancre induré, cherchant à remonter de l'effet à la cause, on fera du chancre simple l'accident primitif de la syphilis. Les cas de ce genre mal interprétés peuvent donc servir d'argument aux adversaires de la dualité chancreuse.

Disons en terminant que le chancre simple papuleux s'observe aussi bien chez la femme que chez l'homme. On trouvera au musée de l'hopital Saint-Louis, sous le n° 31, un chancre simple papuleux de la vulve. La verge du malade qui fait l'objet de cette observation a été moulée et déposée au Musée sous le n° 402.

Digitized by Google

HISTOIRE ET CRITIQUE

JACQUES D'ABÉTHENCOURT, et non pas DE BÉTHENCOURT. (Réponse à G. DONCIEUX, par le Dr E. TURNER).

Je ne sais si les lecteurs des *Annales* ont été convaincus par la note très spirituelle de M. Georges Doncieux, inséré dans le dernier n°, p. 41 Pour moi, ce n'est pas avec un dictionnaire de Géographie qu'on peut vider le différent. Parce que Abéthencourt ne s'y trouve pas, n'étant point le chef-lieu d'une commune comme Béthencourt (Somme), Béthancourt (Oise), s'en suit-il que Abéthencourt, village ou château, n'existe pas ou n'ait pas existé? Dans le dictionnaire des Postes je relève, Abancourt et Bancourt, les Aberthelières et la Berthelière, Abévilliers et Bévilliers, Ablaincourt et Blaincourt, Aboncourt et Boncourt, Affléville et Fléville, Abainville et Bainville, Ambacourt et Bacourt, Amenoncourt et Menoncourt, Aménucourt et Ménucourt, Amoncourt et Moncourt, Armaucourt et Maucourt, Arraincourt et Raincourt, Assénoncourt et Sénoncourt, Autrécourt et Trécourt, Avrécourt et Vrécourt, Azincourt et Zincourt, qui me semblent non moins *bizarres et étymologiquement inexplicacles* qu'Abéthencourt et Béthencourt.

On conviendra sans peine, que des probabilités ou de simples généralités sur la formation des noms, sont de bien faibles arguments. Astruc, qui a malheureusement le premier (et sans raison), écrit Jacques de Béthencourt, ne s'est-il pas demandé aussi, quelle parenté le célèbre médecin de Rouen pouvait avoir avec la famille du très illustre Jean de Béthencourt!

Mieux eut valu faire des recherches dans les archives inexplorées des bibl. médicales, et tout au moins, se donner le plaisir d'aller feuilleter (Bibl. nat. T. 23, 7. Réserve.) le précieux petit livre, édité à Paris en 1527, par Nicolas Savetier. On lit dans le titre et dans l'avis au lecteur, Jacques Abéthencourt, sans particule (1), et à la fin, Jacques d'Abéthencourt. Devant ce fait tombent les explcations de mon savant contradicteur. Il n'y a là ni particule initiale soudée, ni accident typographique, ni méprise d'imprimeur. Ce dernier a copié deux fois sur le manuscrit de l'auteur, *Abéthencourt*; puis il a ajouté à la fin, en latinisant ce nom qu'il devait bien connaître, *Ab Abéthencourt*.

Je rappelle que j'ai déjà pour moi les catalogues de la Bibl. Mazarine et de la Bibl. Nationale. J'aurai bientôt, j'espère, tout le monde, et M. G. Doncieux restera seul de son avis.

(1) C'est ainsi qu'on faisait d'habitude, en suivant l'exemple de la faculté de Paris.

Digitized by Google

REVUE GÉNÉRALE.

ÉTUDE CRITIQUE ET CLINIQUE SUR LA DERMATITE EXFOLIATRICE GÉNÉRALISÉE, OU MIEUX, MALADIE D'ERASMUS WILSON, par L. BROCQ (228 p. in-8°, O. Doin, Paris, 1882). Analyse par le Dr Barthélemy.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur les traités classiques de dermatologie ou sur les monographies répandues dans la science, pour se rendre compte immédiatement de l'obscurité qui enveloppe la question soulevée par le Dr Brocq. Les opinions les plus contradictoires sont émises : ici on nie tout, là on se plaît à tout confondre, ailleurs, enfin, à tout séparer. Au nom même de la maladie commencent les incertitudes, car sous une même dénomination, des maladies manifestement différentes sont décrites. Ajoutez à cela que les types morbides, mis en question, sont d'une grande rareté, et vous verrez combien il était difficile au médecin de se former une opinion arrêtée sur la *dermatite exfoliatrice*. Qu'on en juge.

Et tout d'abord, cette maladie, en tant qu'entité morbide, existe-t-elle bien réellement? N'est-elle pas une simple conception de l'esprit? N'est-ce pas seulement une expression symptomatique de l'exaspération que, sous une influence quelconque, peuvent subir plusieurs dermatoses très différentes les unes des autres? Et puis, en admettant que la maladie existe, est-elle constituée par la dermatite exfoliatrice seule ou par la dermatite et par une autre dermopathie, le pityriasis rubra? comme le veuillent un certain nombre d'auteurs. D'autres enfin n'y ont vu que des éruptions médicamenteuses trahissant une intoxication.

Tel est le court exposé des questions qui devaient forcément assiéger l'esprit de toute personne désireuse d'élucider une question aussi embrouillée. C'est ce qui ne manqua pas de se présenter pour le Dr Brocq. — Lui-même nous le raconte, quand les hasards de la clinique lui mirent sous les yeux les premiers faits qui devaient être le point de départ de ses recherches. Voulant connaître les avis des auteurs, voulant s'instruire par l'expérience des devanciers, il s'aperçut bientôt de leur désaccord, de leurs contradictions et de l'état d'incertitude sur ce point, pourtant important, de la dermatologie.

De telles constatations firent naître d'abord des regrets, puis un désir de travail et de recherches, qui semble tout naturel à quiconque

Digitized by Google

connaît l'esprit sérieux, avide de connaître et curieux de l'inconnu, qui caractérise notre ami le Dr Brocq. C'est le résultat d'efforts laborieux, consciencieux et éclairés qu'il nous est donné de présenter aujourd'hui au public médical.

Pour nous qui avons assisté aux ardeurs et aux entraînements de l'auteur, à ses joies quand la question semblait s'éclairer, à ses tristesses et à ses découragements quand il croyait que la vérité allait lui échapper, nous ne sommes nullement surpris que l'œuvre soit remarquable.

Après lecture, on jugera comme nous, espérons-le, et l'on se sentira tout disposé à se joindre à nous pour offrir au jeune et distingué dermatologiste qui ose aborder d'emblée les questions ardues et obscures, un tribut d'éloges et de félicitations sincères.

M. Brocq commence par rendre hommage à son savant maître, le Dr Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, qui lui a inspiré l'idée de son travail et prodigué conseils et documents. Que M. Vidal nous permette d'ajouter qu'il a dans M. Brocq un élève qui lui fait honneur.

La première partie de la thèse consiste dans l'exposé historique et critique, non pas de la *dermatite exfoliatrice généralisée*, mais du *pityriasis rubra*, c'est-à-dire de toutes les affections généralisées, rouges, pityriasiques ou foliacées, autres que les exanthèmes vrais. Il faut, en effet, prendre la question de plus haut.

Cet historique comprend trois périodes :

1° *Période française pendant laquelle on constitue le groupe.*

Le premier fait à signaler est la solution d'une « *desquamation singulière de l'épiderme* » (*Philosophical transactions*, 1769), par *Benjamin Gooch*, où il s'agit de poussées fébriles à récidives s'accompagnant d'une desquamation devenant générale au bout de 10 à 12 jours, et d'une forte altération des ongles.

Bateman (1820, p. 78), avec son maître Villan, décrit le premier le *pityriasis rubra*. Faut-il mentionner l'*herpès furfureux volatil* d'Alibert (1832)?

Rayer, en 1835, — on peut dire que Rayer est en dermatologie ce qu'est Cruveilher en anatomie pathologique; c'est par leurs livres qu'il faut commencer toute recherche, — forme, sous le nom de *pityriasis généralisé*, un groupe mal défini dans lequel il range aussi bien les exaspérations de l'eczéma chronique généralisé que le pityriasis rubra chronique, dans le sens que lui donnera plus tard Hébra.

Devergie, en 1857, applique au pityriasis rubra (de Bateman) le sens que Rayer avait accordé à son pityriasis généralisé, mais en sachant faire la distinction d'avec les autres pityriasis. Il reconnaît à son pityriasis rubra une forme aiguë et une forme chronique : celle-ci n'est peut-être que la maladie décrite à la même époque par Hébra. Mais il

Digitized by Google

pose en principe deux erreurs : d'abord que le pityriasis rubra est la seule affection qui puisse envahir toute la surface de la peau, — ensuite qu'une des plus graves complications du pityriasis rubra est sa transformation en pemphigus; d'où il est naturel de conclure avec le Dr Hardy qu'il a eu affaire non à des pityriasis, mais à des pemphigus foliacés.

Devergie a fait faire au contraire un réel progrès à la dermatologie, en décrivant pour la première fois le *pityriasis rubra pilaris* (*Traité pratique des maladies de la peau*, 1857, p. 455).

Toutefois, on sait qu'il croyait que cette affection, purement locale et péripilaire, devait être forcément précédée des trois affections suivantes: psoriasis palmaire, pityriasis capitis et pityriasis rubra. Donc le pityriasis pilaire n'était qu'un simple épiphénomène du pityriasis rubra.

C'est en 1860 que Gibert sépare son *pityriasis rosé* du groupe précédent. (*Traité des maladies de la peau et de la syphilis*, t. Ier, p. 396.)

Bazin s'est contenté d'admettre les descriptions de ses devanciers et de les adapter à ses théories : c'est ainsi qu'il a rattaché le pityriasis rubra chronique au pityriasis herpétique. (*Leçons sur les affections cutanées arthritiques et dartreuses*, 1868, p. 250.) Il pensa que c'était l'aboutissant de diverses dermastoses rebelles, *pourvu qu'elles fussent herpétiques* et qu'il se passait là quelque chose d'analogue à l'asystolie dans les maladies de cœur; de là le nom d'*herpétide exfoliatrice*, variété tardive d'*herpétides malignes*, mais tardive par opposition à l'herpétide d'emblée (c'est-à-dire notre dermatite exfoliatrice) qu'il avait observée.

Toute cette analyse, on le voit, est faite d'une manière très judicieuse. Nous nous demandons seulement pourquoi le Dr Brocq laisse subsister, pour les éruptions généralisées secondaires, le nom d'*herpétide exfoliatrice*, puisque cette dénomination implique une conception de pathologie générale, qui est aujourd'hui plus que discutée.

Le Dr Hardy (*Leçons sur les maladies de la peau*, 1879, p. 567) est beaucoup trop exclusif en faisant table rase de tous les pityriasis et en les ramenant à diverses dermatoses, et, au pemphigus foliacé, entreautres. Cette théorie a été remarquablement réfutée par Buchanan-Baxter. (*British med. Journal*, 1879.)

2° *Période étrangère, pendant laquelle on rend complète la confusion* que certains passages des écrits français avaient préparés par des tendances ou par des généralisations erronées.

A Vienne, *F. von Hébra* décrit un *pityriasis rubra* d'après trois observations qui lui sont personnelles : rougeur intense, générale ou presque générale, accompagnée de squames blanches, fines et légèrement adhérentes. Au début, les malades conservent une bonne santé ; sans la coloration de la peau, ils s'apercevraient à peine de légères démangeaisons. Plus tard, ils maigrissent peu à peu, perdent leurs forces, l'appé-

Digitized by Google

tit, et finissent par mourir dans le marasme. Cette affection se distinguerait du lichen ruber par son début qui ne se fait point par des papules, par l'absence d'infiltration cutanée, par les caractères de la desquamation, par le peu d'intensité des démangeaisons, par l'*intégrité absolue des ongles*, enfin par des phénomènes généraux moins graves.

Nous avouons, dit le Dr Brocq, ne pas trop savoir ce que peut être le lichen ruber de Hébra. M. Brocq se demande s'il ne s'agirait pas là, dans certains cas, sinon dans tous, d'une des phases d'évolution d'un pityriasis pilaris. Nous dirons plus loin notre opinion ; mais quelle que soit l'idée qu'on se fasse de cette affection, du moment que de pareils doutes s'élèvent, c'est que la question est à refaire. Donc, nous nous joignons à notre ami pour insister auprès des observateurs, afin que l'étude du lichen ruber grave soit reprise.

En tout cas, on voit que le pityriasis rubra de Vienne est loin d'être identique à celui que l'on a décrit en France. « Pour Devergie, la maladie a des allures plus franches; elle est parfois subaiguë pour ne pas dire aiguë; elle peut passer à l'état chronique; mais alors même, elle a un début assez rapide, fébrile, elle s'accompagne de sensations de brûlure et surtout d'une desquamation foliacée très abondante que Hébra passe complètement sous silence; *les ongles sont altérés, les phanères peuvent tomber;* enfin son pronostic est loin d'être fatal. Les deux affections n'ont de commun que le nom, la teinte rouge de la peau et la généralisation de l'éruption; elles ne peuvent donc être confondues. »

Voilà un parallèle bien établi qui met en relief de véritables différences. L'avenir démontrera de quel côté est la vérité.

M. Kaposi modifie la description de Hébra. Il a observé quinze cas. Il s'agit toujours d'une maladie spéciale qui ne présente, pendant toute son évolution, que de la rougeur et de l'inflammation, sans humidité ni papules, qui met plusieurs mois à se généraliser et des années à évoluer, qui ne tend jamais vers la régression et s'aggrave toujours. Mais il décrit des squames fines ou des lamelles minces, une hyperthermie locale, un prurit modéré et des frissons continuels. Plus tard, les téguments s'épaississent, se rétractent de façon que la peau paraît en quelque sorte trop étroite pour le corps; les cheveux deviennent grêles et tombent, les ongles des doigts et des orteils sont minces ou épaissis, mais friables; puis arrive le marasme. Pourtant Kaposi (*Leçons sur les maladies de la peau*, trad. Besnier-Doyon, Paris, 1881, p. 516-521) croit avoir guéri un malade.

M. Hans von Hebra publie ses recherches anatomo-pathologiques (*Sur le pithyriasis rubra universalis, Vierteljahrschr. für Dermat.*, p. 508, 1876) qui peuvent se résumer ainsi : au début, infiltration embryonnaire des

Digitized by Google

couches superficielles du derme ; plus tard, atrophie des éléments essentiels de ce derme, et production assez abondante de fibres élastiques et de pigment. M. Hans Hebra fait remarquer que ses deux malades sont morts de tuberculose. Ce sont les premières publications histologiques sur le sujet. Mais qu'il nous soit permis d'ajouter que, à notre avis, le premier seul de ces cas peut s'appliquer à la dermatite vraie — le deuxième plutôt au pityriasis rubra — enfin un troisième, qui n'est qu'ébauché, semble être un eczéma généralisé exaspéré.

Pendant ce temps-là, l'école anglaise considérait comme une seule et même entité morbide le pityriasis rubra de Devergie, celui de Hébra et l'herpétide exfoliatrice de Bazin. De là une confusion extrême, puisque des faits aussi dissemblables que ceux que nous venons d'énumérer étaient identifiés et ramenés à une seule maladie nettement définie.

Les erreurs se multiplièrent d'autant plus longtemps, que certains auteurs anglais ou américains ne se tinrent pas au courant de ce qui s'écrivait dans leur propre langue. C'est en effet du pays qui contribua le plus à embrouiller la question que nous vint la lumière : en 1867, M. Erasmus Wilson (*Diseases of the skin*, 6e édit., p. 176) croit d'abord avoir affaire au pityriasis rubra, de H. Hébra, mais, comme il est très frapp de l'abondante exfoliation de lamelles épidermiques, il sent la nécessité d'ajouter le mot *foliaced*.

Un peu plus tard (*Med. Times and Gazette*, 29 janvier 1870 et *Lectures on eczema*, p. 356, 1870), il essaie de faire de ces dermatites généralisées un groupe à part, et comme, dit-il, il pourrait y avoir quelque doute sur la signification du mot pityriasis, il rejette ce terme et propose la dénomination de *dermatite exfoliatrice généralisée* (*general dermatitis exfoliativa*).

Toutefois, il faut dire que l'auteur anglais manque d'assurance, que sa manière de voir reste vague même dans son esprit, et que tout en comprenant que le pityriasis de Devergie est différent du pityriasis de Hebra, il conclut encore à l'existence d'une seule et même entité morbide, présentant seulement des variétés distinctes. Aussi, en Angleterre, continue-t-on à considérer comme synonymes les mots dermatite exfoliatrice et pityriasis rubra. De même en Amérique, le mot de pityriasis rubra garde son sens le plus général.

On peut se convaincre de ces faits en lisant les ouvrages de Tilbury Fox, d'Hutchinson, d'Allan-Jamieson, de Pie-Smith. Dans un mémoire remarquable, Buchanan-Baxter entrevoit, mais ne fait qu'entrevoir les importantes distinctions qui existent entre les dermatites exfoliatrices primitives et les dermatites exfoliatrices secondaires.

Au contraire, cette idée ressort très nettement de la remarquable thèse du Dr Percheron, publiée en France en 1875. Sans doute ce travail con-

Digitized by Google

tient encore une foule de faits qui n'étaient pas destinés à son cadre, l'auteur ayant cédé probablement à l'entraînement et au désir de produire un nombre de faits plus imposant et plus capable d'établir la conviction. Mais il ne faut pas oublier que, depuis longtemps, il n'avait pas été publié en France de travail aussi important sur la question.

3° Ici commence la *période d'analyse*, celle qu'on pourrait appeler *période de démembrement du pityriasis rubra*, et qui, *toute française*, a été inaugurée par les travaux des médecins de l'hôpital Saint-Louis.

La thèse du Dr Percheron avait été précédée de celle du Dr Derrécagaix (1874), faite sous l'inspiration du professeur Lasègue, sur l'*érythème scarlatiniforme rhumatismal*, dans laquelle l'auteur cherche à établir l'influence que le rhumatisme ou plutôt l'arthritisme peut avoir sur les téguments.

Il n'était donc plus question ici de dermatite primitive essentielle. Au contraire, dans une très importante communication faite à la Société médicale des hôpitaux (*Bulletin de* 1874, p. 256.), le Dr Vidal décrivait, avec tous ses attributs caractéristiques, une dermatite généralisée, *totius substantiæ*, comme il dit très bien, qu'il appelle *dermatite exfoliatrice généralisée*, voulant ainsi, et avec raison, la rapprocher de la dermatite exfoliatrice d'Erasmus Wilson.

Un peu plus tard, on assiste à la description des *érythèmes desquamatifs à répétition* pseudo-exanthèmes qui n'ont rien de commun ni avec le pityriasis rubra dont ils doivent être aussi détachés, ni avec la dermatite exfoliatrice de Wilson et de Vidal.

Ils donnèrent lieu, à la Société médicale des hôpitaux, à une intéressante discussion que nous ne pouvons omettre de mentionner.

M. Blachez avait cité un cas que M. Brocq regarde comme une herpétide exfoliatrice de Bazin, c'est-à-dire comme une dermatite exfoliatrice secondaire.

M. Féréol vint ensuite présenter une observation de pseudo-exanthème généralisé récidivant.

M. Blachez ayant voulu identifier les deux cas, M. Besnier protesta contre l'assimilation d'une herpétide grave et d'un pseudo-exanthème, c'est-à-dire d'une dermopathie grave et d'un simple érythème desquamatif ou exfoliant scarlatiniforme récidivant. Il serait, dit-il, « inutile et peu médical d'appliquer à cette dernière affection la dénomination de dermatite, inexacte au point de vue de la nosographie et absolument mauvaise sous le rapport nosologique. »

C'est cette grande différence — distinction pourtant indispensable — que n'ont pas saisie un certain nombre d'auteurs qui vinrent ensuite, tant en France qu'à l'étranger. C'est ainsi que de 1878 à 1881, sont publiés, en Angleterre, cinq mémoires considérables sur la question qui

Digitized by Google

nous occupe : ce sont ceux *d'Hutchinson* (Clinical lecture an certain race diseases of the skin, t. I, 1878, p. 240 et seq.); *de Buchanan-Baxter* (British med. journal, 19-26 juillet 1879); *de Allan-Jamieson* (Edimburgh med. journal, 1880, p. 879); *de Pie-Smith* (Guy's hospital reports, t. 25, 3e série, p. 205, 1880-1881); et enfin *de Stephen Mackenzie* (Med. society of London, 21 novembre 1881, The Lancet, 3 décembre 1881, p. 951).

Tous ces travaux sont remarquables dans un sens ou dans un autre; mais il n'y est pas tenu compte de la réaction qui avait déjà commencé à s'opérer en France et dont nous avons déjà précédemment indiqué les tendances. Tous ces travaux, ainsi que beaucoup d'autres que nous ne pouvons citer dans une analyse déjà trop longue, doivent donc être rangés dans la deuxième période, en dépit de leur chronologie. C'est ce qu'a très bien compris et fait ressortir le Dr Brocq.

Nous avons vu qu'en France la situation se modifiait grâce à l'impulsion de MM. Vidal et Besnier.

La thèse de M. Richaud, faite en 1876 sous l'inspiration de M. Besnier, continue le démembrement du pityriasis rubra, en en distinguant le pityriasis rubra pilaire de Devergie. En effet, MM. Besnier et Bichaud entendent — et avec raison — l'affection tout autrement que Devergie.

On se rappelle que pour Devergie le pityriasis pilaris était une affection locale, épiphénomène d'une autre affection, le pityriasis rubra. Pour M. Richard, au contraire, le pityriasis pilaris est une maladie essentielle qui existe dans l'organisme à l'exclusion de toute autre; de telle sorte que la rougeur généralisée du corps avec la desquamation qui l'accompagne est du pityriasis pilaris au même titre que les cônes épidermiques péripilaires, et non du pityriasis rubra comme le voulait Devergie.

Ce qu'il faut bien savoir, c'est que, même dans le pityriasis rubra pilaire le plus vrai, l'état local caractéristique peut manquer. (Voir musée de Saint-Louis, n° 33.)

Comme le dit M. Besnier (Kaposi, note 1, p. 520) cette affection est d'une grande ténacité, récidive à la manière du pityriasis rubra lisse, mais est curable.

C'est donc bien une entité morbide nouvelle créée et séparée du groupe primitif, le pityriasis rubra : fait très important et très vrai, croyons-nous, mais que l'auteur lui-même, M. Richaud, n'a pas suffisamment mis en relief, ainsi que le fait remarquer M. Brocq. Aujourd'hui c'est un nouveau démembrement de la vaste classe de l'ancien pityriasis rubra que, avec MM. Wilson, Vidal, Percheron, et Quinquaud, M. Brocq

Digitized by Google

vient brillamment affirmer en défendant l'essentialité de la *dermatite exfoliatrice généralisée.*

M. Quinquaud était évidemment du même avis en décrivant en 1879 (Soc. Anat., octobre) la *dermite aiguë grave primitive.*

Qu'il nous soit permis de rappeler en passant que, nous aussi, nous avons considéré dans les annotations dont nous avons fait suivre la traduction du traité de Duhring, la dermatite exfoliatrice généralisée comme une affection spéciale et indépendante de toute autre ; et que, nous basant sur un cas de dermatite observé dans le service de M. Vidal, — qui est précisément l'un de ceux de M. Brocq, — et, d'autre part, sur un cas de pityriasis rubra observé au pavillon Gabrielle pendant les vacances, nous avions tenté d'établir entre les deux dermopathies un diagnostic différentiel. (V. page 384, note et seq.)

Quant au *lichen ruber*, voici l'idée que nous avons été amené à nous en faire.

On sait qu'il n'est pas de lichen sans papule. Le lichen ruber débutera donc et *débute en effet par des papules,* le plus souvent miliaires et très nombreuses. Ces papules peuvent ou non se conglomérer : dans le lichen ruber plan, elles se réunissent en placards ; dans le lichen ruber lisse, elles restent minimes, très multipliées, presque confluentes tant elles sont serrées, et forment une couche uniforme au lieu des îlots plus ou moins épais, durs et cornés qu'on voit dans le lichen ruber plan. La peau est rouge mais à la fois lisse et rude ; ce qu'il y a de remarquable, c'est l'*absence constante d'humidité, la sécheresse de plus en plus grande de la peau sans infiltration graduelle.* Les démangeaisons, moindres que dans le lichen plan, sont cependant plus vives que dans le pityriasis rubra. La desquamation est moins abondante et plus fine que dans cette dernière maladie ; enfin, ce qui le diffère de la dermatite exfoliatrice, c'est que les ongles ne tombent ni aux mains ni aux pieds. Le lichen ruber a une évolution irrégulière ; tantôt il est rapide ; tantôt il met des mois ou des années à se constituer. Au lieu d'avoir, comme le pityriasis rubra, une marche constamment aggravée, il peut tendre vers la régression, guérir tout à fait, puis reparaître — mais non forcément — au bout d'un temps variable. On a même pu observer plusieurs récidives ; d'autres fois la première poussée a été rapidement mortelle...

Bref, nous pensons que dans ces cas on a affaire à une *variété spéciale* de ce que Bazin appelait herpétide maligne secondaire, à ce qu'on s'accorde aujourd'hui à qualifier de dermatite exfoliatrice fausse ou secondaire. En autres termes, nous pensons que, dans ces cas, on assiste à des modifications exaspérantes et extensives analogues à celles que subissent parfois l'eczéma et le psoriasis : *Seulement, ici, c'est du lichen*

Digitized by Google

qu'il s'agit et de la dermatose, qui peut être considérée comme sa période ultime. Tout lichen ruber qui ne peut être envisagé ainsi est du *pityriasis rubra ou toute autre affection*, mais n'est pas du lichen.

Q'on nous pardonne d'être si long ; l'intérêt présenté par le sujet sera notre excuse. Il nous a paru indispensable que l'exposé d'une question aussi importante que l'essentialité de la dermatité exfoliatrice généralisée, de la *dermatite de Wilson*, comme dit M. Brocq, — pour notre part, nous croyons ce néologisme inutile — fût assise sur une base solide et que l'état actuel de la science fût, à ce sujet, bien connu de tous. C'est là un résultat aujourd'hui facile, grâce aux recherches et à la brillante argumentation de M. Brocq. Mais l'analyse ne peut que constater une étude détaillée et complète ; c'est dans la thèse même qu'il faut lire la *description de la dermatite exfoliatrice généralisée*.

Pour l'*anatomie pathologique*, les lecteurs des *Annales de dermatologie* n'ont qu'à se reporter au tome III de la 2me série de 1882, où M. Brocq lui-même a résumé ses recherches.

Nous signalerons seulement — car il faudrait citer la thèse entière — quelques détails de clinique à l'occasion *du diagnostic*.

Au début. — La maladie de Wilson diffère de la scarlatine — elle commence comme elle par les plis articulaires — en ce que la généralisation de la rougeur se fait plus lentement. Après la première semaine, la persistance de ce phénomène, puis la nature de la desquamation ne laissent plus de doute.

Quant à l'*érythème scarlatiniforme récidivant*, son début est plus rapide aussi. Il sera prudent toutefois d'attendre quelques jours, et la diminution graduelle des symptômes, d'une part, ou leur aggravation, la desquamation caractéristique (les larges lamelles sont disposées comme les tuiles d'un toit) et la chute des phanères (ce signe est capital), d'autre part, permettront de prendre parti.

A la période d'état. — C'est par la généralisation rapide de l'affection, par l'envahissement relativement tardif des régions palmaires et plantaires, puis par la chute des phanères et par les commémoratifs, début brusque en pleine santé, qu'on distinguera la dermatite exfoliatrice de l'eczéma rubrum, du psoriasis scarlatiniforme, du pityriasis rubra et des herpétides exfoliatrices.

Si les antécédents manquent, si, dans le pityriasis rubra chronique, la chute des phanères a déjà eu lieu, il faudra tenir compte de l'aspect plus franchement aigu de la dermatite exfoliatrice, de son exfoliation en lamelles plus étendues, adhérentes à une extrémité flottantes à l'autre.

L'eczéma et le psoriasis laissent en général découvrir sur un point quelconque leurs altérations spéciales, de plus, ils sont rarement — quoique ce soit possible — absolument généralisés.

Digitized by Google

Quoique la dermatite exfoliatrice vraie puisse se montrer à la suite d'autres dermatoses, dans une thèse où l'existence même de la dermatite est mise en cause, il faut ne tenir compte que des cas où elle se constitue d'emblée et de toutes pièces. C'est ce qu'a compris M. Brocq, qui insiste surtout sur *neuf observations typiques* et *incontestablement primitives*.

Le *diagnostic rétrospectif* est peut-être plus facile vers la fin de l'éruption ; car la pigmentation de la peau, les ongles et les poils qui repoussent, les forces qui reviennent, les dernières complications qui guérissent, pourront être de précieux auxiliaires.

En résumé, la dermatite de Wilson est une maladie spéciale, indépendante de tout autre état morbide. « C'est une maladie de l'âge adulte, ne paraissant pas contagieuse, ayant une évolution cyclique (période d'augment, d'état, de déclin), caractérisée à la période d'état par une rougeur intense avec légère infiltration du derme, par une desquamation en larges lamelles blanches, feuilletées, imbriquées, adhérentes par leur bord supérieur, flottantes dans le reste de leur étendue, par l'abondance même, et par la longue durée de cette exfoliation épidermique, par la chute rapide des phanères, par des phénomènes généraux, fièvre, affaiblissement, prostration marquée, etc., ayant en moyenne quatre mois de durée, mais pouvant être prolongée par des complications ou par des rechutes, rarement mortelle et se terminant le plus souvent par une *complète guérison*.

Pour nous, depuis longtemps, nous croyions à l'existence de la dermatite exfoliatrice primitive en tant qu'entité morbide, mais aussi à sa rareté, nous croyions à sa distinction d'avec le pityriasis rubra et d'avec les diverses dermatoses généralisées rouges et squameuses (dermatites exfoliatrices secondaires, exanthèmes scarlatiniformes, exfoliants à répétition, qui ne sont peut-être que des éruptions médicamenteuses violentes), (Bernouilli.) La thèse du Dr Brocq ne peut que raffermir notre conviction. Mais quelle que soit l'opinion que l'on se soit faite sur ce sujet hérissé de difficultés, la thèse de notre ami restera remarquable par la collection des matériaux précieux et rares et surtout par l'analyse rigoureuse des faits. Dorénavant il faudra se garder, si l'on veut éviter l'erreur de diagnostic, de donner le nom de dermatite exfoliatrice à toute éruption rouge et lamelleuse plus ou moins étendue. Les observateurs consciencieux sauront sur quel terrain ils s'avancent ; le champ est ouvert aux recherches et la question mise en procès. Ainsi, de toutes façons, le travail du Dr Brocq aura rendu service.

Digitized by Google

REVUE DE DERMATOLOGIE

ANATOMIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE DE LA PEAU.

I. Sur les cellules neuroïdes et musculoïdes de l'épiderme, par J. Renaut. (*Archives de physiologie*, n° 6, 1882.)

II. Recherches techniques sur le tissu élastique. — appareils élastiques de la peau. — rapports du tissu musculaire et du tissu élastique, par F. Balzer. (*Archives de physiologie*, n° 7, 1882.)

I. — Il existe dans l'ectoderme de certains vertèbres inférieurs, des éléments spéciaux, connus des histologistes sous les noms de cellules en massue de *Max Schultze* et de cellules granuleuses de *Kolliker*, propres à rappeler à la fois leur aspect et le souvenir de ceux qui les ont le mieux observées. Dans un travail clair, précis et éminemment suggestif, M. le professeur *Renaut* vient de reprendre leur étude, ajoutant beaucoup aux faits acquis par ses devanciers, signalant plusieurs de leurs erreurs et corrigeant ce que leurs interprétations avaient de hasardé et d'excessif.

Laissant de côté un chapitre préliminaire sur les propriétés générales de l'ectoderme, dont l'analyse trouvera sa place à propos d'un autre travail du même auteur, nous exposerons aussi succinctement que possible sa description et son interprétation des éléments de *Schultze* et *Kolliker* qu'il préfère appeler, et nous verrons pourquoi, cellules musculoïdes et neuroïdes de l'ectoderme.

Sur des coupes colorées au picro-carmin, d'une peau de lamproie fixée par l'acide osmique, l'ectoderme se présente comme il suit : sur la membrane vitrée sont implantées, par un pied denticulé, des cellules en massue à noyau allongé selon leur axe et à protoplasma homogène et strié en long ; au-dessus de cette première rangée cellulaire se montrent des cellules en calotte, coiffant la partie renflée des massues sous-jacentes ; au-dessus encore, un réseau de malpighi type ; puis, enfin, une couche de cellules cylindriques à plateau « magnifiquement strié » et prenant, de distance en distance, les caractères de cellules caliciformes. C'est dans l'ectoderme ainsi constitué que l'on rencontre les cellules musculoïdes et neuroïdes que nous allons décrire successivement.

Digitized by Google

A. *Cellules en massue de Schultze; cellules musculoïdes.* — Ces éléments qui sont disséminés dans l'ectoderme de la grande lamproie, à des intervalles presque réguliers, se présentent comme des massues dont la petite extrémité, en forme de pied, s'implante sur la limitante vitrée et dont la tête, arrondie, s'élève plus ou moins haut dans l'ectoderme, tantôt jusqu'aux cellules en calotte, tantôt jusqu'à la couche des cellules prismatiques superficielles. Ces masses sont réfringentes à la manière des substances colloïdes et se colorent au jaune par le picro-carmin ; l'imprégnation d'or par la méthode de Lœwit donne, à leur surface, une belle striation réticulaire longitudinale rappelant le réseau de Gerlach des faisceaux musculaires striés; elles sont limitées par une mince cuticule exoplastique à la surface de laquelle on observe, lorsque les masses sont fixées dans l'extension, une striation transversale très fine et très superficielle qui rappelle grossièrement celle des muscles striés.

L'axe des cellules musculoïdes, enfin, est occupé par une traînée fusiforme de protoplasma granuleux sur le trajet de laquelle se trouvent deux noyaux jumeaux, arrondis, vésiculeux, nucléolés, et qui n'est pas sans analogie avec le fuseau protoplasmique qui traverse un segment musculaire cardiaque de Weissmann, à double noyau.

B. *Cellules granuleuses de Kolliker. Cellules neuroïdes.* — Partout où se trouvent des cellules musculoïdes, on rencontre aussi des cellules neuroïdes présentant la même disposition générale. Ce sont des éléments arrondis ou ovales, du volume de la tête de la massue de Schultze, et reliés à la membrane vitrée du derme par un filament hyalin : en voici la structure.

Les cellules neuroïdes sont limitées par un exoplasme net, à double contour, qui se poursuit sur le filament hyalin sous forme d'une gaine mince. En dedans de l'exoplasme, existe une couche granuleuse dont les granulations forment un dessin régulier analogue à celui des aspérités d'une lime et qui renferme, dans son épaisseur, un noyau sphérique, vésiculeux, nucléolé, peu volumineux, dont l'existence n'est pas constante. La partie centrale de l'élément est occupée par un corps anhiste de forme conique, dont la pointe gagne le pôle supérieur de la cellule, dont la partie moyenne renferme un gros noyau ovalaire, vésiculeux, uni-nucléolé, et dont la base se continue avec un filament également hyalin et brillant qui relie la masse cellulaire à la membrane limitante dermique, à la surface de laquelle il se termine par une extrémité mousse semblable au bout d'un agitateur de verre.

M. *Renaut* donne à ce prolongement unique des cellules neuroïdes le nom de filament cylindrique hyalin.

Telle est, en négligeant les détails, la structure des cellules neuroïdes et musculoïdes de l'épiderme. Quelle en est maintenant la signification ?

Digitized by Google

Abstraction faite d'une hypothèse de *F. E. Schultze* qui repose sur une erreur manifeste de préparation, deux hypothèses sont en présence.

La première et la plus naturelle, *à priori*, consiste à considérer les massues et les cellules granuleuses comme des cellules musculaires et nerveuses intra-épidermiques. Telle est l'opinion de *Max Schultze* pour les premières et de *Max* et *F. E. Schultze* pour les secondes ; cette hypothèse, cependant, ne repose que sur des analogies non sur une identité de structure. Un examen attentif permet, en effet, de constater que la striation transversale des massues ne présente nullement les caractères, aujourd'hui bien connus, de celle des muscles et que ces éléments ne reçoivent pas de nerfs et, d'autre part, que le filament cylindrique qui relie les cellules granuleuses à la basale de l'ectoderme n'aboutit à aucun nerf intra-dermique et ne présente nullement la striation longitudinale caractéristique du cylindre-axe nerveux.

Si les éléments de *Schultze* et de *Kolliker* se rapprochent des cellules musculaires et nerveuses par quelques analogies de forme et de dispositions générales, ils en diffèrent par l'absence de caractères essentiels et indispensables à toute fonction musculaire et nerveuse ; aussi M. *Renaut* agit-il prudemment en leur donnant les noms de *cellules musculoïdes* et *neuroïdes*. Ces cellules, en effet, sont peut-être moins des éléments physiologiques et aptes à fonctionner que les résultats d'une tentative faite par l'épiderme pour édifier des éléments musculaires et nerveux aux dépens de ses propres éléments et sans participation aucune de la trame fibro-vasculaire. Leurs fonctions sont inconnues et peut-être, en qualité de simple essai de la nature, n'en ont-elles pas. Leur étude, cependant, est appelée à jeter un grand jour sur la morphologie générale, surtout en ce qui a trait à la question de l'origine épithéliale du système nerveux central. — C'est là un point sur lequel nous reviendrons en analysant un autre des mémoires de notre maître (1). B. CHAMBARD.

II. — Nous n'analyserons de l'intéressant travail de M. *Balzer* que la partie qui a trait à la dermatologie ; mais nous le ferons avec assez de détails pour faire connaître les données nouvelles qu'il contient sur l'appareil élastique de la peau, dont la disposition n'avait pas encore été l'objet d'une description très minutieuse.

La méthode suivie par M. *Balzer* pour mettre en évidence l'appareil élastique de la peau consiste à faire disparaître les éléments qui lui sont

(1) Si les cellules musculoïdes ont une fonction, il serait peut-être possible de la mettre expérimentalement en lumière : on pourrait, par exemple, les étudier après la section des racines motrices correspondantes ou fixées par une pulvérisation d'acide osmique pendant le passage, à travers l'estoderme d'un courant galvanique ou faradique. La recherche expérimentale des fonctions des cellules neuroïdes serait certainement beaucoup plus difficile.

Digitized by Google

étrangers et à colorer vivement ceux qui lui sont spéciaux ; à cet effet, une couche mince de la peau est d'abord colorée par l'éosine, puis traitée par la potasse à 40 0/0 ou bien inversement, d'abord traitée par la potasse, puis colorée par l'éosine qui a, on le sait, la propriété de teindre en rouge vif les fibres élastiques en laissant les fibres conjonctives incolores ou faiblement colorées en rose.

Par ces préparations, les réseaux élastiques et les fibres les plus fines de ce tissu se dessinent, comme une injection, avec une admirable netteté. M. *Balzer* les décrit successivement dans le derme et dans la paroi des glandes et des follicules pileux.

A. *Réseaux élastiques du derme.* — Ces réseaux sont divisés par l'auteur en profonds et superficiels.

Le réseau profond occupe les régions inférieure et moyenne du derme, il est très développé dans certaines régions, au scrotum, par exemple. — Il consiste en lames élastiques anastomosées en un réseau dont les mailles s'étendent parallèlement à la surface de la peau et enveloppant les glandes profondes en s'entrecroisant d'une manière régulière. Au scrotum, l'importance de ce réseau est telle qu'il semble l'emporter sur le tissu conjonctif.

Anastomosé avec le précédent au moyen de fibres émanées de lames qui le constituent, le réseau superficiel forme, dans la couche supérieure de la peau, une lame continue systématiquement étendue entre les papilles et dans leur épaisseur. Entre les papilles, ce réseau forme « un treillage solide qui longe la membrane basale enveloppant complètement le prolongement interpapillaire du corps muqueux ». Dans l'épaisseur des papilles, il forme tantôt une « cage conique ou elliptique assez régulièrement close par des fibres arciformes », tantôt « une sorte de buisson épineux à disposition irrégulière. De ces réseaux se détacheraient quelquefois, d'après M. *Balzer*, des fibres extrêmement délicates qui, perforant la basale, *pénètreraient dans les espaces qui séparent les cellules de la première rangée du corps muqueux.*

B. *Appareil élastique des glandes sudoripares.* — On distingue, dans le glomérule, deux réseaux élastiques : un *réseau intertubulaire* formé de fibres serpentant entre les tubes dont elles suivent assez exactetement la direction ; un *réseau tubulaire*, anastomosé avec le précédent et formant, autour des tubes, une série d'anneaux anastomosés rappelant assez fidèlement ceux des trachées des insectes. Ces anneaux peuvent se rapprocher facilement les uns des autres, mais leur écart est limité par les fibres anastomotiques longitudinales qui le réunissent : ils jouent certainement, d'accord avec les fibres musculaires, un rôle dans l'expulsion de la sueur.

C. *Appareil élastique des glandes sébacées.* — Les glandes sébacées

Digitized by Google

sont partout entourées d'une couche assez épaisse de fibres transversales et longitudinales. Les lobules des glandes volumineuses, des glandes du nez, par exemple, sont séparés par des cloisons élastiques plus minces.

D. *Appareil élastique des follicules pileux.* — Les follicules sont également entourés de *paniers élastiques*, selon l'expression de *Stirling*, formés de fibres longitudinales et transversales et quelquefois en anses. M. *Balzer* décrit là, encore, des fibrilles qui partent du réseau longitudinal qui est le plus interne et se terminent entre les premières cellules de la gaine externe du poil.

E. *Appareil élastique des muscles lisses.* — Les muscles lisses de la peau sont souvent enveloppés par des faisceaux élastiques longitudinaux émanés des réseaux du derme et leur formant comme un étui élastique. Ces vaisseaux convergent à l'extrémité libre du muscle, de manière à lui constituer de véritables petits tendons qui se continuent en divergeant avec le réseau élastique ambiant. Les muscles sont enfin pénétrés par de minces fibrilles émanées de leur étui et formant un réseau entre les fibres cellules dont ils sont composés. C'est dans les régions dartoïques de la peau, au scrotum, au mamelon, au cuir chevelu que les appareils élastiques péri et intramusculaires acquièrent leur maximum de développement et d'importance physiologique.

On voit que le travail de M. *Balzer*, riche en faits, les uns connus et les autres nouveaux, présente un réel intérêt. Peut-être serions-nous en droit de souhaiter une description plus minutieuse, des dessins plus nombreux et un chapitre physiologique dont les éléments ne sont qu'indiqués çà et là. Ces remarques montrent l'importance que nous attachons aux questions soulevées par le sympathique chef du laboratoire de Saint-Louis et l'intérêt avec lequel nous lirions un second mémoire de lui, plus étendu et plus détaillé, sur l'anatomie et la physiologie de l'appareil élastique des téguments. E. CHAMBARD.

III. — Des modifications et de la disparition du stratum granulosum de l'épiderme dans quelques maladies de la peau, par Suchard (*Archives de physiologie*, n° 6, 1882).

IV. — Des modifications des cellules de la matrice et du lit de l'ongle dans quelques cas pathologiques, par Suchard (*Archives de physiologie*, n° 7, 1882).

V. — Sur l'existence d'altérations des nerfs cutanés dans les escharres survenant pendant le cours d'affections de la moelle épinière et du cerveau, par J. Déjerine (*Archives de physiologie*, n° 3, 1882).

VI. — Étude sur les changements subis par le système nerveux dans

Digitized by Google

LA LÈPRE, par GEORGES et ÉLIZABETH HOGGAR (*Archives de physiologie*, n° 5, 1882).

VII. — ÉTUDE SUR LA PATHOGÉNIE DES ULCÈRES VARIQUEUX, par QUENU (*Revue de chirurgie*, novembre 1882).

VIII. — RECHERCHES HISTOLOGIQUES SUR LES TUBERCULES SOUS-CUTANÉS DOULOUREUX, par A. CHANDELUX (*Archives de physiologie*, n° 5, 1882).

III. — Les conclusions de ce travail, fondées sur l'examen comparatif d'un cas de psoriasis et d'un cas d'eczéma vésiculeux, sont les suivants:

1° La présence de l'éléidine dans les cellules du stratum granulosum coïncidant avec la disparition des noyaux de la couche cornée, caractérise, à l'état normal, le processus de kératinisation épidermique;

2° A l'état pathologique, dans les lésions formatrices de l'épiderme qui aboutissent à l'hypertrophie de la couche cornée, on remarque l'exagération des phénomènes que nous venons de signaler : l'épaississement du stratum granulosum et la présence d'une quantité d'éléidine plus considérable qu'à l'état normal. A ces faits, déjà signalés par M. *Ranvier*, nous pouvons ajouter le suivant:

3° Lorsque la couche cornée de l'épiderme est altérée de manière à présenter à sa surface une squame ou une vésicule, on constate, au niveau de la lésion, la disparition du stratum granulosum et de l'éléidine et l'apparition de noyaux dans les cellules de la couche cornée.

E. CHAMBARD.

IV. — Après une revue sommaire de la structure et de l'évolution de l'ongle, d'après l'enseignement de son maître, M. *Ranvier*, M. *Suchard* décrit les troubles de la kératinisation unguéale qu'il a observée sur des ongles appartenant à des doigts atteints de mal perforant d'origine syphilitique, de psoriasis, de pustules varioliques ou à des membres affectés de tumeur blanche.

Dans tous ces cas, les lésions observées paraissent être celle d'un processus d'irritation aiguë ou chronique, se manifestant à la fois sur le derme sous-unguéal par l'édification de papilles qui n'y existent pas à l'état normal et sur l'épiderme sous-unguéal par des modifications de l'évolution kératogénique, sur lesquelles l'auteur insiste tout particulièrement. Sur une coupe de l'ongle d'un orteil atteint de mal perforant par exemple, on constate que l'éléidine s'est partiellement substituée à la matière onychogène de Ranvier dans les cellules de la matrice et que les cellules de l'ongle ont perdu leurs noyaux et se sont transformées en cellules cornées, analogues à celle du stratum corneum de l'épiderme. Sous l'influence de ces altérations, l'ongle devient plus épais, mais plus friable et moins résistant.

Digitized by Google

Ces faits, où nous voyons la kératinisation épidermique remplacer la kératinisation unguéale, et même, dans certains cas, coexister avec elle, nous offrent un bel exemple de la substitution, sous l'influence pathologique d'une inflammation voisine, d'un mode d'évolution physiologique à un autre. Cet exemple n'est pas unique, et il serait facile d'en citer d'autres. Un des meilleurs nous est fourni par l'évolution cornée des cellules sébacées dans l'acné varioliforme, que M. le professeur *Renaut* a décrit, il y a peu de temps, dans un travail dont nous avons rendu compte dans ce recueil. E. CHAMBARD.

V. — Après avoir établi dans un travail précédent, fait en collaboration avec *Leloir* (1), l'existence de gangrènes cutanées liées à des névrites périphériques, M. *Déjerine* se propose de démontrer l'existence de lésions semblables des nerfs cutanés dans deux cas d'eschares survenues dans le cours d'affections du cerveau et de la moelle épinière. L'un de ces faits est relatif à une femme hémiplégique chez laquelle une eschare se développa, en quelques jours, sur la fesse du côté paralysé; l'autre appartient à une femme atteinte de sclérose en plaques avec eschare de la crête iliaque.

Dans les deux cas, les nerfs sous-cutanés, examinés, après fixation par l'acide osmique, non seulement au niveau du bord des eschares, mais encore dans une zone de 10 à 12 centimètres de largeur, ont présenté des altérations wallériennes très prononcées, semblables à celles qu'offre le bout périphérique d'un nerf sectionné depuis six semaines ou deux mois. Tous les tubes nerveux étaient atteints de névrite parenchymateuse, caractérisée par la prolifération des noyaux de la gaine et l'augmentation du protoplasma, déterminant la fragmentation de la myéline et la disparition du cylindre-axe. Beaucoup d'entre eux étaient réduits à une gaine de Swann vide.

L'analogie et les faits semblent démontrer que cette névrite parenchymateuse est primitive et non secondaire et qu'elle joue un rôle, au moins important, dans la détermination de l'eschare au lieu d'en être la conséquence. L'auteur a montré, en effet, avec *Leloir*, que ces altérations nerveuses ne se voyaient que dans certaines dermatoses et manquaient dans d'autres affections cutanées, où les conditions propres à déterminer une névrite secondaire semblaient cependant bien mieux réalisées et, d'autre part, la névrite parenchymateuse n'existe que dans certaines gangrènes et manque dans d'autres. On trouvera, d'ailleurs, la discussion complète de ces deux hypothèses dans l'excellente thèse de *Leloir*

(1) *Déjerine* et *Leloir*, Recherches anatomo-pathologiques et cliniques sur les altérations nerveuses : 1° dans certaines gangrènes; 2° dans la lèpre (*Archives de physiologie*, 1881).

Digitized by Google

sur les affections cutanées d'origine nerveuse et dans les nombreuses revues qu'il a publiées à ce sujet.

Reste à savoir si la névrite parenchymateuse des nerfs cutanés est primitivement périphérique, si elle remonte plus ou moins haut vers la moelle ou même si elle atteint cette dernière. De nouvelles recherches sont nécessaires pour éclaircir ce point; mais sur de très nombreuses préparations, les racines postérieures ont été trouvées saines : il semble donc que la lésion irritative ne dépasse pas les ganglions vertébraux.

De ces deux faits et de cette discussion, M. *Déjerine* croit pouvoir conclure, sans vouloir toutefois trop généraliser, qu'il existe des altérations des nerfs cutanés au voisinage de certaines eschares d'origine cérébrale ou spinale, et que ces altérations sont primitives et probablement d'ordre périphérique. E. CHAMBARD.

VI. — Dans ce long, et consciencieux mémoire, accompagné de belles et nombreuses figures, M. et Mme *Hoggan* décrivent, avec un soin extrême, les altérations que leur ont présenté les nerfs à myéline, les fibres de Remak, le névrilème, les terminaisons nerveuses dans trois cas de lèpre et exposent les considérations générales d'ordre clinique et même thérapeutique qui leur semblent légitimées par les résultats de leurs investigations. — La difficulté de rendre un compte exact d'un travail aussi minutieux, nous obligera à en restreindre l'analyse à la mention des faits principaux qu'il renferme : il sera lu d'ailleurs, avec attention, par tout médecin appelé à s'occuper, soit au point de vue clinique, soit au point de vue anatomo-pathologique, de l'éléphantiasis des Grecs.

Les malades des Drs *Hoggan* offrent le type des périodes extrêmes de la lèpre; l'un d'eux était encore vivant au moment où ils rédigèrent leur travail et l'examen ne put porter que sur un tubercule excisé mais les deux autres, un homme et une femme, moururent et leur autopsie put être faite aussitôt : le premier ayant gracieusement donné des ordres pour que son corps fût remis, tout frais, aux observateurs et la seconde leur ayant été livrée par son mari aussitôt après sa mort. Il est inutile d'ajouter que les auteurs du mémoire dont nous rendons compte ont mis à profit, dans leurs recherches, toutes les ressources de la technique histologique contemporaine.

1° *Système nerveux central.* — L'examen du cerveau et de la moelle fut fait sur le malade le plus anciennement et le plus gravement atteint, jeune homme de 29 ans qui, après 15 ans de maladie s'était changé en un « petit monstre décrépit d'environ quatre pieds auquel il fallut couper les tendons fléchisseurs pour l'étendre dans son cercueil. » — Le cerveau, la moelle et les racines furent trouvés parfaitement sains, et M. et

Digitized by Google

Mme *Hoggan* ne purent même pas constater dans les cornes antérieures de la moelle l'atrophie des cellules nerveuses signalée par M. *Tschirieu*, ce qui est loin de prouver, se hâtent-ils d'ajouter, que cette atrophie n'existe pas dans d'autres cas.

2° *Fibres nerveuses à myéline.* — Les nerfs s'épaississent progressivement à mesure que l'on s'approche de leur terminaison et M. et Mme *Hoggan* décrivent les altérations que présentent les fibres à myéline qu'il renferment avec un luxe de détails et de figures tel, qu'il nous serait impossible d'analyser leur description sans presque la reproduire. — Nous énumérerons seulement les différentes phases et les différents éléments de cette altération, qui sont : la dissociation du cylindre axe ; le gonflement du protoplasma formant les gaines péri-médullaire et péri-axile (gaine de Mauthner); la segmentation de la myéline ; la segmentation du noyau de la gaine avec l'infiltration granuleuse de son atmosphère protoplasmique.

3° *Fibres de Remak.* — Les lésions des fibres amyéliniques consistent essentiellement en la prolifération de leurs noyaux qu'accompagne la tuméfaction et l'infiltration granuleuse du protoplasma qui les entoure. Les altérations et les fibres sont plus tardives que celles des tubes nerveux à moelle.

4° *Névrilème.* — Le tissu conjonctif intra-fasciculaire des nerfs est infiltré de cellules migratrices qui, par suite d'une série de modifications que les auteurs décrivent avec soin, se transforment en cellules lépreuses. Ces cellules, volumineuses, infiltrées de pigment ou de granulations graisseuses et même vacuolaires, s'accumulent dans les formes intenses de l'affection, en assez grand nombre pour former de véritables tumeurs et augmenter notablement le volume des nerfs qu'elles infiltrent. Par la compression qu'elles exercent, elles déterminent, outre les altérations relativement peu importantes du périnèvre, les lésions dégénératives des fibres nerveuses dont nous venons de résumer les caractères essentiels ; c'est au-dessous de leurs foyers d'accumulation, en effet, que ces lésions apparaissent.

5° *Terminaisons des nerfs.* — M. et Mme *Hoggan* terminent la partie descriptive de leur mémoire en indiquant, d'une façon un peu confuse, les lésions qu'ils ont rencontrées dans les corpuscules de Pacini et surtout dans ceux de Meissner : elles paraissent consister en un processus atrophique dû, soit à l'envahissement de leur charpente conjonctive par les cellules lépreuses, soit à la disparition des nerfs qui s'y terminent. Les altérations des nerfs inter-épithéliaux sont encore inconnues.

Le travail intéressant, quoique d'une lecture un peu difficile, dont nous avons essayé de rendre compte, se termine par quelques considérations générales sur la nature de la lèpre, qui nous semblent un peu vagues et

Digitized by Google

superficielles. Les auteurs reconnaissent à la lèpre trois périodes caractérisées : la première par une fièvre exanthémateuse pendant laquelle « les cellules embryonnaires subissent un changement ou reçoivent une impression qui constitue le point de départ de toutes les lésions subséquentes » — la seconde par l'issue de ces cellules hors des vaisseaux et leur accumulation sous forme de tumeurs en certains points de la peau, des nerfs, etc. ; la troisième enfin par la transformation de ces éléments en cellules lépreuses, qui déterminent, soit mécaniquement soit d'une autre façon, l'atrophie et la dégénérescence des tissus qu'elles infiltrent. Se fondant sur des analogies histologiques, exactes à certains égards, M. et Mme *Hoggan* rapprochent la lèpre de la syphilis et rejettent énergiquement ses théories nerveuse et parasitaire; mais la migration de cellules ne suffit pas à caractériser nosologiquement une maladie et la conception nosologique de la lèpre comme maladie générale constitutionnelle et spécifique ne paraît pas avoir attiré leur attention.

E. CHAMBARD.

VII. — Depuis que l'influence du système nerveux sur la nutrition a été démontrée pour quelques cas particuliers, le cadre des lésions névrotrophiques s'est singulièrement étendu. Bien des altérations qui semblaient de cause locale ou traumatique ont été rapportées à des lésions plus profondes, intéressant les centres ou les cordons nerveux. C'est une contribution à ce grand chapitre des affections cutanées produites ou favorisées par les lésions nerveuses que publie aujourd'hui M. *Quénu*.

M. *Terrier* avait déjà remarqué que, constamment, les ulcères variqueux étaient accompagnés et même précédés de troubles portant sur la thermo-sensibilité, et un de ses élèves, M. *Séjournet*, avait conclu de l'existence de ces troubles sensitifs à la probabilité de l'origine trophique de ces ulcères.

La partie originale du mémoire de M. *Quénu*, la seule sur laquelle nous voulons insister ici, est consacrée à la démonstration de cette théorie par l'examen anatomique des nerfs des membres atteints d'ulcères variqueux. Ces lésions nerveuses ont été observées sur six sujets de l'amphithéâtre des hôpitaux. A un premier degré, les nerfs sont légèrement augmentés de volume et leurs veines sont simplement dilatées; mais autour de ces veines dilatées, on voit se produire une sclérose d'abord périveineuse, puis bientôt périfasciculaire : à une période plus avancée, le faisceau nerveux est pénétré et dissocié par des travées fibreuses qui accompagnent les vaisseaux; les capillaires eux-mêmes se dilatent, puis s'entourent de tissu conjonctif. Parallèlement, les tubes nerveux se raréfient, s'atrophient, mais sans présenter de lésions parenchymateuses.

Digitized by Google

En même temps que les lésions nerveuses, on peut observer de l'endartérite, de la sclérose du derme avec dilatation des vaisseaux et irritation de l'hypoderme, de la myosite interstitielle avec infiltration graisseuse.

Les lésions de névrite interstitielle rapportées ici ne peuvent être attribuées à l'extension au nerf de l'inflammation chronique développée au voisinage de l'ulcère, car elles se rencontrent dans des nerfs très éloignés de celui-ci, et non seulement dans les nerfs superficiels, mais dans les nerfs profonds, ayant une distribution absolument indépendante du siège de l'ulcère, et qui ne permet pas de les rapporter à une névrite ascendante, partant des nerfs voisins de la lésion cutanée : ce sont donc bien des altérations indépendantes de cette dernière et antérieures à elle.

Il est également impossible de rapporter la névrite à l'irritation produite par le voisinage des grosses veines variqueuses, car elle se rencontre sur des nerfs ayant un trajet différent de celui des veines. Il n'y a au contraire aucune raison pour ne pas considérer cette névrite comme la conséquence de la périphlébite développée autour des veines des nerfs devenues variqueuses.

Telles sont les raisons pour lesquelles les ulcères variqueux doivent être considérés comme d'origine névrotrophique, de même que le mal perforant ; dans les deux cas, il s'agit d'ulcération dans la production desquelles les causes extérieures (pressions, déclivité des membres inférieurs et gêne de la circulation veineuse) ne jouent que le rôle de cause occasionnelle, alors que la cause principale réside dans les lésions des troncs nerveux. GEORGES THIBIERGE.

VIII. — Signalés par *Wood*, étudiés par *Camper*, *Marc-Antoine Petit*, *Velpeau*, *Nélaton*, *Houel*, *Wirchow*, *Broca*, *Follin*, *Labbé*, et *Legros*; les tubercules sous-cutanés douloureux sont aujourd'hui bien connus des chirurgiens, dans leur expression clinique qui est remarquablement uniforme : ce sont de petites tumeurs, mobiles sous la peau et s'accompagnant de douleurs spontanées et provoquées qui semblent hors de proportion avec leur volume et affectent souvent un caractère névralgique.

La structure de ces tubercule a donné lieu à des discussions interminables, tant qu'on a voulu leur trouver une constitution histologique unique, en rapport avec l'uniformité de leurs caractères cliniques. Dans un travail fort bien fait et très intéressant, M. *Chandelux* vient de montrer qu'il n'en était pas ainsi et de déterminer les conditions qui communiquent le caractère douloureux à toute tumeur sous-cutanée, quelle que soit sa structure. Son mémoire est accompagné de deux bonnes planches histologiques.

Digitized by Google

Après un historique complet de la question, M. *Chandelux* décrit, avec toute la compétence d'un histologiste formé à bonne école, les procédés techniques propres à décéler, dans une tumeur, la présence des fibres nerveuses à myéline et des fibres de Remak. Il analyse ensuite minitieusement quatre tumeurs sous-cutanées douloureuses dont l'examen lui a été confié par différents chirurgiens des hôpitaux de Lyon et termine son travail par quelques considérations générales sur la nature de ces tumeurs et les conditions des douleurs spontanées ou provoquées dont elles sont le siège.

L'énumération des pièces dont l'étude forme la base du travail de M. *Chandelux* suffira à montrer combien peut être variée la constitution anatomique des tubercules sous-cutanés douloureux; ces pièces sont :

1° Une fibrome papillaire d'une glande sudoripare, enlevé par M. le professeur *Poncet*.

2° Un épithéliome tubulé d'une glande sudoripare, provenant d'une malade de M. *Aubert*.

3° Un névrome corpusculaire sous-unguéal, extirpé chez une jeune fille du service de M. le professeur *Ollier* après avoir dans un concours, fourni à l'un des concurrents, M. *Vincent*, l'occasion d'un diagnostic d'une précision remarquable.

4° Enfin un fibro-myxome du collatéral interne de l'annulaire observé dans le service de M. *Daniel Mollière*, à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Ces observations, dans le détail desquelles nous ne saurions entrer, justifient pleinement les conclusions du mémoire de M. *Chandelux*, que nous ne pouvons que reproduire textuellement.

« Les tubercules sous-cutanés douloureux offrent dans leur structure, les variétés les plus grandes. Quelques-unes sont des névromes vrais mais la plupart appartiennent à des types de tumeurs très divers.

« Les glandes sudoripares peuvent être le point de départ des tumeurs sous-cutanées douloureuses. Sous l'influence du travail pathologique, elles donnent naissance, soit à des fibromes papillaires douloureux, soit à des épithéliomes tubulés.

« Des faisceaux nerveux sont toujours en rapport avec la tumeur. Les fibres nerveuses qui les constituent sont, tantôt des fibres à myéline, tantôt des fibres de Remak disposées en plexus.

« *Les douleurs provoquées* par la pression ont pour cause une irritation mécanique des nerfs qui rampent à la surface de la tumeur ou qui sont situés dans l'intervalle de ses lobules.

« *Les douleurs spontanées* sont sous la dépendance d'une surgescence ou d'une érectilité des vaisseaux dilatés et volumineux qui existent, soit dans l'épaisseur de la tumeur, soit autour d'elle, sous forme de couche vasculaire plus ou moins développée. » E. CHAMBARD.

Digitized by Google

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

I. — La bactéridie de la syphilis. — Inoculation de la syphilis aux animaux, par Martineau.

Le 4 septembre dernier, M. Martineau faisait à l'Académie des sciences une communication des plus intéressantes : Il avait découvert en collaboration avec M. Hamonic l'élément vivant, la *bactéridie* de la syphilis.

En présence des résultats obtenus par M. Pasteur sur la bactéridie charbonneuse on pouvait concevoir l'espérance de voir, un jour, le vaccin de la syphilis sortir du *virus virulent* atté nué.

Cependant M. Koch, de Berlin, dans une récente réponse à M. Pasteur, a jugé sévèrement le travail de M. Martineau : «..... Cette syphilis du porc, dit-il, décrite récemment par Martineau et Hamonic, et qui se manifeste par l'apparition de *bacillus* dans le sang déjà 24 heures après l'inoculation, tout cela rentre dans le domaine des choses qui sont en contradiction formelle avec tous les faits expérimentaux et les idées dominantes de la science; elles ne sont propres qu'à ébranler la confiance que commençaient à s'attribuer peu à peu les recherches étiologiques. Pour l'avenir de cette branche naissante de la science, il serait donc à souhaiter que des erreurs de cette nature fussent redressées au plus tôt ou rejetées dans le domaine de l'oubli..... »

Voyons si une exécution aussi sommaire est justement méritée et si elle n'est pas trop rigoureuse.

Nous voudrions pouvoir reproduire en entier l'expérience de MM. Martineau et Hamonic, mais il nous faudrait dépasser les limites dont nous pouvons disposer; nous nous limiterons donc à noterles passages que nous croirons devoir discuter.

Constatons tout d'abord un fait intéressant dans l'histoire de cette expérience : c'est que l'on a provoqué par l'inoculation de bactériens une maladie fébrile accompagnée d'une éruption papuleuse sur des porcs. Dans

Digitized by Google

les laboratoires de pathologie expérimentale, des cas assez semblables se présentent quelquefois ; ils prouvent au moins que des organismes inférieurs peuvent, après leur introduction violente dans les tissus, déterminer quelque chose d'analogue aux maladies infectieuses. Il devient moins difficile, après cela, d'admettre que ces dernières sont produites par des éléments introduits plus ou moins fortuitement, eux, et plus ou moins comparables aux précédents.

Le 29 avril 1882, dit l'observation, nous avons enlevé un chancre infectant syphilitique, induré sur la petite lèvre gauche d'une malade. Le chancre fut mis dans un vase clos stérilisé, puis, porté dans du bouillon Liébig, alcalin, également stérilisé.

Les *bactéridies* observées ensuite dans le liquide étaient mobiles, présentaient des mouvements de giration ; d'autres, au contraire, tout en présentant la forme de bâtonnets étaient absolument immobiles. On voyait, en outre, quelques *microbes*, en forme de points excessivement petits, brillants et obscurs, agités de vifs mouvements de progression.....

Le fait de constater la présence de deux sortes de *bacillus* dans un liquide, l'une mobile, l'autre non, doit faire craindre que la culture ne soit pas bien pure : l'une des deux espèces, au moins, est de trop.

Rien d'impossible, du reste, à ce qu'une erreur de ce genre se glisse dans une expérience faite dans une salle d'hôpital où l'air est en quelque sorte à son maximum de saturation en fait de microbes.

On voit souvent les cultures d'organismes connus échouer là où les ensemencements sont faits dans les meilleures conditions possibles, c'est-à-dire dans une chambre non habitée, d'un flacon à un autre distant de quelques centimètres avec une pipette capillaire passée dans la flamme, etc., etc. Quoi d'étonnant, après cela, qu'un chancre enlevé dans la vulve d'une femme apporte dans le liquide où on le sème deux ou trois sortes de germes.

Les liquides organiques exposés à l'air contiennent des organismes de putréfaction identiques à ceux décrits dans la note de MM. Martinau et Hamonic.

Disons tout de suite notre pensée : sans nous associer à la diatribe allemande qu'on a lue plus haut, nous ne croyons pas que la bactérie ou la bactéridie dont nous venons de parler soit l'agent de la contagion syphilitique.

Il est vrai qu'un deuxième porc inoculé avec le produit du raclage d'un autre chancre syphilitique a présenté des symptômes rappelant fort bien ceux qu'avait éprouvé le premier porc inoculé avec le liquide de culture. Mais cela prouve, tout au plus, qu'il existe sur les organes génitaux de certaines femmes un microbe inoculable au porc. Il n'est pas

Digitized by Google

davantage permis de voir entre ce microbe et la syphilis un rapport plus étroit que celui qui existe entre la rage et le microbe découvert dans la salive d'un enfant enragé, par MM. Lannelongue et Raynaud, microbe qui tue les lapins en 48 heures au plus. La chute des poils ne signifie qu'une chose, c'est que l'animal a une maladie infectieuse. En effet, nous avons vu souvent des lapins inoculés avec du liquide charbonneux atténué, perdre leurs poils, des cobayes inoculés avec du charbon symptomatique, perdre leurs poils avant de mourir, etc., etc.

Nous ne voulons pas nous étendre plus longuement sur ce sujet où l'on pourrait trouver cependant à argumenter encore. Nous ne relèverons plus qu'un seul point ; c'est celui-ci : M. Martineau a inoculé un macaque provenant du Muséum, avec le produit des cultures de la bactérie qu'il appelle syphilitique, et cela sans succès, Cependant depuis, il a réussi comme Auzias-Turenne, comme Klebs, à inoculer la syphilis au singe, peut-être même est-ce à celui qui a été inoculé infructueusement avec le liquide de culture.

On ne saurait, sans être injuste, ne pas rendre justice à ces recherches laborieuses et fécondes. Nous rendrons compte, dans la prochaine Revue, d'une expérience de M. Martineau dont les résultats nous paraissent plus concluants.

PAUL GIBIER.

II. — DELLA TRASMISSIONE ACCIDENTALE DELLA SIFILIDE STUDIO PRATICO. (DE LA TRANSMISSION ACCIDENTELLE DE LA SYPHILIS. Étude pratique, par CELSO PELLIZZARI (*Giornale ital. delle mal. ven.*, 1882).

C'est un travail considérable que vient de publier le vaillant *docente* de Florence. Transmission accidentelle de la syphilis, cela ne paraît pas bien nouveau, il y a de longues années déjà que Ricord nous a fait connaître les moyens de chercher le chancre qui se cache, que Diday, Langlebert et Rollet nous ont enseigné la contagiosité de bien des accidents considérés autrefois comme inoffensifs ; aucun de nous n'ignore la part qu'il faut faire à ces contaminations de tous les jours que les rapports les plus innocents entraînent souvent à notre insu, nous sommes tous au courant des dangers que la vie commune met sous nos pas, sème pour ainsi dire sur le sol de notre vie journalière ; et pourtant, que de surprises, que de révélations encore pour le plus instruit, quand un observateur aussi sagace que notre ami met à jour les seules observations de sa pratique personnelle !

Ce travail est dédié *à ceux qui veulent sérieusement le progrès de l'hygiène publique ;* il fait le plus grand honneur à son auteur, et l'on serait tenté de rééditer le mot classique : c'est plus qu'un bon livre, c'est aussi une bonne action ; car la conscience et la sincérité, l'ardeur de recherche et la passion de vérité qui s'en dégagent prouvent qu'à certaines heures l'homme de science

Digitized by Google

peut devenir un initiateur, et plus que cela, un justicier. Un tel ouvrage mérite une analyse complète; c'est une suite précieuse de documents, et, si l'espace nous manque, nous tâcherons cependant d'en reproduire les traits principaux, heureux si nous pouvons faire passer dans ces lignes un peu de l'enthousiasme que cette œuvre nous a inspiré.

Chapitre I. — *Syphilis des nourrices.* — Cette première partie est basée sur 69 observations toutes personnelles; c'est un long martyrologe. L'auteur y montre le mal frappant la nourrice et s'infiltrant ensuite dans la famille. Dans nombre de cas des médecins ont été consultés sur une écorchure, un sillon, une rhagade, et, soit inouvie, soit ignorance, les malades inquiétés ont considéré comme insignifiante la premiere manifestation du virus. On ne saurait trop appeler l'attention sur la légèreté de ces examens, car à ce moment, le chancre reconnu, bien des dangers seraient évités.

Ces contaminations sont d'autant plus regrettables que la syphilis des nourrices est, en général, d'une très sérieuse gravité; l'auteur en apporte des exemples navrants. On lira (page 22) l'histoire d'une femme de 27 ans qui, pendant 6 années, lutta vainement contre des accidents de toutes sortes et finit par succomber cachectique. Presque constamment en surveillance dans le service de la clinique dirigée par le professeur Pellizzari, cette malheureuse fut pourtant soumise aux médications les mieux entendues; l'iode et le mercure, les reconstituants et les toniques généraux furent donnés avec persévérance; rien n'y fit; elle mourut consumée sans une lésion viscérale; la syphilis avait épuisé toute sa puissance sur le tégument, et, sans sortir de ce domaine limité, avait pu pourtant la conduire au tombeau.

L'auteur se demande quelle est la raison de cette *gravité exceptionnelle de la syphilis chez les nourrices*, et, passant en revue les différentes opinions, il se prononce pour la débilitation spéciale produite par l'allaitement; car l'anémie d'une vérole, écrit-il, dépend avant tout du terrain bien plus que de la graine. Il montre ensuite quelle persistance peuvent offrir les effets du virus, surtout au point de vue de la procréation; c'est ainsi qu'il cite l'exemple d'une femme infectée en 1862. Depuis cette époque, elle mit au monde 4 enfants mort-nés, puis deux qui moururent peu après leur naissance, puis un septième, une petite-fille qu'un traitement énergique put à grand'peine faire échapper à la mort; enfin, en 1877, une huitième grossesse aboutit à la naissance d'un garçon très évidemment syphilitique, mais avec des chances de survie cependant. Les conclusions de ce chapitre sont les suivantes :

1° La transmission syphilitique des nourrissons aux nourrices est infiniment plus fréquente qu'on ne le pense;

2° Elle peut succéder aux contacts les plus éphémères et les moins multipliés; elle peut se produire sans qu'il soit besoin d'une ulcération préexistante;

3° La maladie une fois transmise, il est bien rare qu'elle se borne à faire une seule victime. Le plus souvent le mari, les frères et sœurs, les enfants et parfois des étrangers en subissent les atteintes;

4° La syphilis par allaitement offre une gravité considérable, tant à cause de ses effets immédiats, qu'en raison de son influence sur la procréation ultérieure.

Chapitre II. — *Syphilis infantile acquise.* Vingt pages que feront bien de

Digitized by Google

méditer les partisans exclusifs des syphilis héréditaires tardives. On est littéralement effrayé de toutes les souillures auxquelles le jeune être est exposé; on comprend dans quelle proportion énorme elles doivent passer inaperçues, et le doute vient sur beaucoup de faits que de prime-abord on eût considérés comme très probants. Une des raisons pour lesquelles le chancre de l'enfant est méconnu, c'est sa superficialité et sa durée éphémère, mais l'imprégnation ganglionnaire est absolument révélatrice en pareil cas, car il est exceptionnel que la syphilis héréditaire offre ce caractère.

Le chancre a le plus fréquemment son siège à la bouche, ce qui s'explique par les baisers et la succion de seins malades; les gencives, la langue, les lèvres en sont les localisations les plus fréquentes. Celso Pellizzari rapporte des observations de véritables petites épidémies locales; des nourrices obligées de suspendre un allaitement se font prêter des enfants pour dégorger leur sein, et c'est par 5 ou 6 et plus qu'il faut compter les infections primitives susceptibles d'en engendrer bien d'autres.

L'auteur n'a garde d'oublier les contaminations produites par les manœuvres criminelles. Comme en France, il nous apprend l'existence en Italie de ce détestable préjugé qui veut qu'un malade ne puisse se guérir qu'en ayant contact avec un être pur et vierge. De là beaucoup de syphilis communiquées sans qu'il y ait viol, par le simple frottement des parties viriles contre l'anus ou les grandes lèvres d'un enfant. Mais le préjugé a parfois des exigences encore plus bizarres. En voici un exemple très singulier.

Un homme marié depuis peu, fut entraîné dans une maison de prostitution et prit des chancres mous. Dans l'intention de se procurer une prompte guérison, il contraignit brutalement sa jeune femme à subir le coït *à posteriori*. La malheureuse ne tarda pas à ressentir de violentes douleurs en allant à la selle, et comme elle s'en plaignait à son mari, celui-ci lui persuada qu'elle souffrait d'hémorrhoïdes et qu'il lui suffirait de prendre quelques lavements. Une voisine prêta une seringue dont elle se servait pour un petit enfant atteint de dyssenterie. Peu de jours après l'enfant portait une grande ulcération tout autour de l'anus, et Pellizzari pouvait l'examiner en même temps que la femme, auteur involontaire de cette singulière contamination. Notre ami vit l'année suivante le mari atteint d'une ulcération syphilitique et ne manqua pas de l'admonester avec toute la sévérité que comportait son cynisme; mais peu après ce misérable lui conduisait de nouveau sa femme, à laquelle il avait transmis ses nouveaux accidents.

L'auteur nous initie ensuite à la contagion par les linges, les éponges, dont il a surpris le mécanisme en de nombreux cas; puis il arrive à la *syphilis vaccinale* qu'il n'a jamais observée, car dans plusieurs cas il a su se mettre en garde contre des erreurs de diagnostic. Ces erreurs sont fréquentes à son avis, et plus d'une fois il est arrivé que, sur la seule vue de boutons évoluant avec irrégularité, en subissant eux-mêmes l'influence d'un terrain syphilitique, on ait rapporté à la vaccination des accidents dérivés d'une contagion directe antérieurement acquise.

Conclusions :

1° La plupart des syphilis acquises débutent par la bouche, et le mécanisme le plus commun est celui des transmissions par le sein ou les baisers;

2° Cette grande fréquence des chancres buccaux s'explique par la fréquence et la persistance des formes humides d'accidents secondaires auxquels sont exposés les parents, les voisins et tant de personnes qui embrassent ou soignent les enfants;

Digitized by Google

3° Après la bouche, c'est la zone génito-anale qui est le plus souvent frappée, et c'est alors presque toujours indirectement par les langes où les éponges;

4° La syphilis des enfants est grave par les obstacles qu'elle apporte au développement de l'enfant, et par sa rapide diffusion dans la famille;

5° La syphilis acquise dans l'enfance est extrêmement fréquente, le médecin n'en voit pas le dixième des cas, peut-être; de là de grandes causes d'erreurs dans l'interprétation des lésions tardives.

Chapitre III. — *Ulcère infectant extra-génital des adultes.* — De ceux-là aussi le médecin ne voit que le petit nombre, d'abord parce que beaucoup, contractés accidentellement, sont ignorés et passent inaperçus; en second lieu parce que les malades font tous leurs efforts pour cacher ceux qu'ils ont pris en se livrant à des actes honteux ou seulement bizares. Pellizzari rapporte dans tous leurs détails 17 observations qui sont des modèles d'enquête sagace et ingénieuse.

Obs. XXIV. — Chancre de la lèvre inférieure chez une mère de famille de 40 ans. — Contagion transmise par les baisers de son fils, revenu du régiment avec des plaques sur la lèvre.

Obs. XXV. — Jeune fille vierge portant une petite cicatrice blanche sur la lèvre inférieure. On retrouve parmi ses amies l'embrassant souvent une syphilitique portant des accidents aux lèvres.

Obs. XXVI. — Chancre de la lèvre supérieure chez un jeune homme, qui ne nie pas avoir eu des rapports avec des femmes de maison publique, mais déclare formellement n'avoir donné ni reçu aucun baiser. Il buvait quotidiennement dans le même verre qu'un syphilitique, son compagnon de travail.

Obs. XXVII. — Femme ayant eu un chancre de la lèvre contracté pendant les derniers mois d'une grossesse, puis des papules humides ano-génitales qui contagionnèrent son mari. Aucune étiologie reconnue.

Obs. XXVIII. — Un mari revenant de voyage porte des accidents buccaux qu'il transmet à sa femme. Cette dernière contracte deux chancres labiaux, l'un supérieur, l'autre inférieur.

Obs. XXIX. — Le père, la mère et le fils sont syphilitiques depuis peu. Le fils avait pris un chancre, puis eut une éruption caractérisée gale, le père prend la syphilis par les lèvres et la communique à la mère.

Obs. XXX. — Deux amis vont chez le photographe. L'un d'eux, sain, prête sa pipe à l'autre, syphilitique, qui veut se faire représenter fumant. Ulcère des lèvres chez le premier. La pipe n'avait pourtant séjourné que quelques minutes au contact des lésions.

L'auteur a vu 4 fois les tonsilles et 1 fois l'arrière-bouche devenir le siège du chancre; mais, dans aucun cas le mécanisme n'a pu être retrouvé.

Obs. XXXI. — Une femme de 46 ans avait prêté de l'argent à un homme qui différait toujours le payement de sa dette. Un jour qu'elle la réclamait, celui-ci se jeta sur elle et lui mordit le cou. Une vingtaine de jours plus tard un chancre parut au lieu de la morsure.

Obs. XXXII. — La petite Zaïre contracte un chancre au cou pour avoir porté pendant quelques minutes, de sa maison à l'hôpital, un petit enfant vérolé qui s'était endormi la tête penchée sur le cou de la jeune fille.

Pelluzzari fait remarquer que, dans ce cas, des phénomènes irritatifs commencèrent le soir même au lieu de l'inoculation, et que le chancre leur

Digitized by Google

succéda sans qu'il y ait eu un intervalle entre la période inflammatoire et la période chancreuse. Il compare cette marche du mal dans une région où la peau est si délicate, à celle qu'il suit sur le prépuce ou dans le sillon; la banoposthite est bien souvent la première manifestation de la souillure.

Obs. XXXIII. — Chancre de l'avant-bras chez une femme de chambre qui avait porté un petit syphilitique.

L'auteur a vu bien souvent l'inoculation se faire par le rasoir, tantôt au moyen d'une incision, dont la trace persiste toujours comme une ligne fauve dans la cicatrice, tantôt à la suite de la décapitation d'une papule.

Obs. XXXIV. — Chancre du menton; suite d'une écorchure par le barbier.

Obs. XXXIV *bis*. — Chez une malade le chancre avait débuté par une pustule. L'auteur se demande si le pinceau du coiffeur n'a pas pu faire pénétrer le virus dans un follicule.

Obs. XXXV. — Contagion du père au fils au moyen d'un linge dont le second se servait pour son pénis chancreux, et le premier pour son visage. 2 chancres à la joue.

Obs. XXXVI. — Un homme est mordu au menton et prend un chancre infectant. Pendant la nuit, les linges dont il se recouvre chaque soir se détachent et vont s'attacher sur le tegument de sa femme en deux endroits au zygoma gauche et dans la fosse semi-claviculaire du même côté. Un chancre parut en chacun de ces points à quelques jours de distance.

Quand le virus se dépose en un point non pourvu de poils, où la peau est très délicate, le chancre est ordinairement très superficiel, et fort peu ulcéré. Dans plusieurs cas il a été pris pour de l'herpès circinné; le médecin doit être en garde contre cette forme peu décrite jusqu'ici d'une ulcération cutanée exclusivement épithéliale, et Pellizzari donne comme moyen rétrospectif de diagnostic la grande confluence des accidents secondaires autour du chancre, dans la région primitivement atteinte. Toutefois il fait des restrictions relativement à cette remarque que nous avons entendu pour la première fois formuler par M. Clerc. Il reconnaît que dans bon nombre des cas cette loi ne se vérifie pas, et, sur ce dernier point, nous sommes bien pleinement de son avis. Combien ne voit-on pas de chancres des lèvres évoluer chez des sujets qui plus tard ne présentent aucun accident, aucune éruption sur la face

Obs. XXXVII. — Jeune femme devenue syphilitique par un chancre de la région sous-maxillaire droite. L'auteur involontaire de la transmission était un de ses parents atteint d'un petit chancre épithélial du menton, méconnu par un médecin.

Obs. XXXVIII. — La mère prend un chancre au sein en allaitant un nourrisson; son enfant, qui couchait dans le lit avec le père et la mère, prend un chancre à l'angle interne de l'œil gauche. Ce chancre débute sous la forme d'une dacryocystite, les voies lacrymales étant oblitérées, et le père (15 jours environ après l'apparition de celui de l'enfant), présente un chancre à l'angle interne de l'œil droit.

Obs. XXXIX. — Chancre de la région sternale chez un jeune homme; impossible d'en déterminer l'étiologie.

Obs. XXXIX *bis*. — Cette observation, due à l'excellent professeur Del Greco, offre vraiment des circonstances particulièrement étranges. Un enfant atteint de paralysie infantile est soumis à l'électrisation de la jambe; au point même où le pinceau avait été appliqué paraît un chancre syphilitique.

Digitized by Google

Arrivant aux chancres, pris, par les médecins, dans l'exercice de leur profession, Celso Pellizzari n'avait qu'à choisir parmi les nobles victimes que nous offre le corps médical italien. Mais si, pour ne pas sortir de Florence, il n'a pas cité l'infortuné Taurturri qui a payé de son avenir scientifique, si plein d'espérance et si brillamment préparé, son ardeur pour une science qui lui devait être si cruelle, il sera bien permis à l'analyste qui le vit à l'œuvre, d'apporter à cette chère mémoire le tribut de sa sympathie et de sonadmiration. Si le nom de Taurturri n'était pas assuré de vivre par ses travaux, nous le garderions entouré de l'auréole parmi ceux de nos martyrs, car il aima doublement la syphiligraphie, et le jour où son zèle lui fit contracter le mal terrible, et plus tard, quand résistant aux sollicitations de ses amis, il se maintint à la tâche jusqu'à l'heure de la défaillance suprême.

Un autre exemple de contagion professionnelle s'est présenté dans la famille même de l'auteur. Son oncle, le professeur Pietro Pellizzari, prit la vérole par un chancre du premier espace interdigital droit. Fort heureusement notre maître en a peu souffert, cette belle existence scientifique n'a point été entravée, et nous pourrons compter longtemps encore, espérons-le, sur ses leçons et ses travaux.

Celso Pellizzari pense que le foramen contagiosum, l'effraction au niveau du point d'application du virus n'est pas une condition indispensable pour l'inoculation; aussi voit-il les plus grands dangers dans le fait du séjour des particules contagieuses sur la peau saine. Il redoute l'infiltration capillaire le long des poils, et recommande expressément l'enduit graisseux préalable et les lavages hâtifs.

Obs. XLI. — Un vieil infirmier assistant un chirurgien qui coupait des végétations à une femme syphilitique, reçut sur la main une bonne quantité de sang, et ne se lava que tardivement; un chancre parut et fut une nouvelle preuve à l'appui de la contagiosité par le sang.

Voilà donc le danger dévoilé, surpris, poursuivi sous toutes ses forme. Il est partout; l'innocent ne lui échappe guère plus que celui qui s'y expose sciemment. Loin de décroître quant à sa diffusion, la syphilis fait des progrès incessants; ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle ruine et étiole les générations modernes.

Maintenant, que fait la société pour se défendre? Peu de bien et beaucoup de mal, répond l'auteur. Elle stygmatise ces victimes, les exclut des hôpitaux ordinaires, les relègue dans des établissements, dont beaucoup ressemblent plutôt à des maisons pénitentiaires, enfin elle légalise la prostitution.

Celso Pellizzari s'élève énergiquement contre l'organisation actuelle; les examens ne sont ni assez fréquents ni assez prolongés, et les visites ne constituent qu'une garantie fictive. Les hôpitaux sur lesquels sont dirigés les malades, ont un renom qui les effraye justement, et pour un sujet que l'on y fait entrer contre son gré; cette coercition en effraye cent autres qu'elle en détourne. Et ceci est tellement vrai, que les consultations spéciales publiques et libres données à l'hôpital Santa-Maria-Nuova de Florence, n'ont été suivies que lorsque l'on eût supprimé, pour ce jour spécial, les deux gardes que la questure envoyait quotiennement pour maintenir l'ordre. Supprimez donc cette patente que bien à tort l'État se croit en mesure de pouvoir donner, les débauchés sauront à quels dangers ils s'exposent, prendront plus de précautions, et de son côté, la prostitution aura tout intérêt à se bien garder; la concurrence sera pour elle un puissant aiguillon. D'autre part, quand elles seront débarrassées de charges dont le fisc les écrase, les prostituées ne

Digitized by Google

seront plus forcées de doubler et de quadrupler leur besogne, elles aussi courront moins de danger en même temps qu'elles deviendront moins nocives.

Pellizzari suit le jeune homme dans toutes les conditions, dans les fabriques, au sein de la famille, où les préjugés le forcent à cacher son mal, ce qui est plus fatal encore pour les autres que pour lui-même, au régiment où certes il est bien soigné, s'il consent à perdre 5 francs sur sa masse et à voir inscrit sur son livret le nom de cette maladie qu'il voudrait tenir secrète; enfin, nous le voyons se marier sans que la question de la santé soit l'objet d'une discussion au même titre que les apports de la fortune et des autres avantages sociaux. Aussi, quand la jeune épouse met au monde un enfant diathésé, qui songe à la nourrice, qui s'inquiète de cette malheureuse à laquelle la loi n'offrira même pas les moyens d'une juste revendication, parce qu'elle est pauvre et sans appui. Les parents sacrifieraient cent nourrices pour faire vivre leur enfant, et la loi semble rester indifférente devant ces hécatombes.

Voyez d'ailleurs ce qui se passe dans les hôpitaux d'enfants : une nourrice infectée par un nouveau-né que lui a confié l'Assistance publique, a-t-elle quelque droit à réclamer? Non, car on lui oppose un article d'un règlement qu'elle ne connaît pas, qu'elle n'a pas lu, car bien souvent elle ne sait pas lire, et qui établit qu'elle prend les enfants à ses périls et risques sans qu'aucune indemnité lui puisse être jamais due. N'est-ce pas là une flagrante iniquité?

Le remède à tous ces maux doit venir d'une modification générale dans notre esprit et dans nos mœurs. Que les patrons ne se croient plus autorisés à chasser ou à priver de leur paie ceux de leurs ouvriers que le mal a frappés, que les sociétés de secours mutuels donnent la gratuité pour les soins spéciaux comme pour les autres, que l'accès des hôpitaux communs soit libre pour le vénérien, plus libre si c'est possible que pour les autres malades; et que dans les salles où on l'accueillera, il soit sûr de trouver les conditions de confortable physique et de considération morale, qu'il est de notre intérêt de lui assurer. Enfin, il faut que la syphiligraphie se répande de plus en plus. Celso Pellizzari voudrait que le peuple en fût instruit, il veut aussi que l'enseignement des maladies vénériennes ne reste plus confondu dans les facultés avec celui de la dermatologie. L'auteur peut, à juste titre, vanter les avantages de cette bifurcation, car c'est l'honneur de Florence d'avoir fondé pour les deux sciences qui sont sœurs, deux chaires distinctes, et d'avoir trouvé pour les occuper deux savants aussi éminents que les professeurs Pietro Pellizzari et Augusto Michelacci.

JULLIEN.

ERRATUM : Page 760 du Tome III (1882) des *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, à l'article Syphilis du poumon, lire Professeur Dr ROSNER, nom de l'auteur du travail, et non Roiner.

LE GÉRANT : G. MASSON

Société d'imprimerie PAUL DUPONT. Paris, 41, rue J.-J.-Rousseau. (Cl.) 63.2.83.

Digitized by Google

NOTICE NÉCROLOGIQUE

KARL V. SIGMUND.

(Né le 27 août 1810. — Mort le 1er février 1883.)

Il y a peu de jours mourait presque subitement à Padoue le Dr Karl de Sigmund qui, pendant de longues années, fut professeur de syphiligraphie à l'Université de Vienne. Si l'on ne peut mettre notre très regretté confrère sur la même ligne que les maitre pathologistes de Vienne, Rokitansky, Skoda, Hebra, il n'en tient pas moins une des places les plus élevées et par son enseignement et par ses écrits.

Il rappelait notre Ricord par sa verve et son esprit ; du reste, on le désignait souvent sous le nom de « Ricord autrichien ». Comme l'a dit, un de ses biographes : Ricord était le type du génie, Sigmund celui du talent ; Ricord est le vrai représentant de ce qu'on appelle l'esprit français ; quoique d'une origine et d'une portée toutes différentes, Sigmund égala presque ce magistral modèle, car son esprit à lui était fait d'un sens et d'une finesse vraiment cosmopolites.

Tel nous apparut, en effet, le professeur Sigmund, à l'époque où nous eûmes l'honneur de le voir lors de nos voyages à Vienne, il y a quelques années. Plein de verve et d'entrain, il se montrait très accueillant pour les médecins étrangers et parfaitement au courant de ce qui passait dans chaque pays. Il parlait couramment sept ou huit langues.

Sigmund est surtout connu chez nous par ses nombreux travaux en syphiligraphie, quoiqu'il se soit aussi occupé, et avec succès d'hygiène et de climatothérapie. Ses recherches sur la peste, le choléra, la fièvre jaune, les quarantaines, resteront populaires ; il prit, en outre, une part active au Congrès international qui eut lieu à Vienne en 1874. Enfin son ouvrage sur « les stations hivernales du sud » est classique et a eu plusieurs éditions. Mais je n'ai à y consacrer ici que cette mention sommaire.

Digitized by Google

En syphiligraphie, Sigmund a surtout professé et écrit sur le traitement de l'affection diathétique Il est un de ceux qui, à l'étranger, ont le plus contribué à propager un traitement méthodique et rationnel de cette affection. Mercurialiste convaincu, quoiqu'il n'eût aucun système absolu, aucune formule personnelle, il était avant tout partisan des frictions. C'est dans son service, que pour la première fois, — que de temps écoulé depuis lors — je vis les malades assis au milieu de la salle, après la visite, et faisant leurs frictions sous l'œil vigilant d'une infirmière.

Dans ces dernières années, notre éminent confrère a publié de nombreux articles critiques sur les nouvelles méthodes de traitement de la syphilis et notamment sur les injections hypodermiques avec différents sels de mercure. Mais toujours il est revenu à la cure par l'onguent mercuriel double en friction, en insistant tout particulièrement sur l'hygiène et sur la nécessité d'entretenir les soins de la bouche.

Représentant autorisé pendant près d'un demi-siècle de l'École de Vienne, Sigmund fut un écrivain élégant et disert, et si son œuvre n'est marquée par aucune découverte de premier ordre, son nom gardera toujours une place honorable parmi les syphiligraphes de tous les pays. Il figurera parmi les esprits à la fois progressifs et accessibles au progrès, au premier rang de ceux dont le témoignage appuyé sur une vaste et consciencieuse expérience est invoqué de préférence dans les questions litigieuses qui divisent encore les spécialistes. Dr A. DOYON.

Digitized by Google

TRAVAUX ORIGINAUX

MÉMOIRES

I

LE TRAITEMENT DU LUPUS A L'ANTIQUAILLE

Par le Dr P. AUBERT.

C'est sur l'aimable invitation de M. Ernest Besnier que je me suis décidé à écrire ces quelque pages relatives au traitement du lupus. Les idées que j'aurai à exposer sont conformes aux siennes sur la plupart des points mais en diffèrent notablement sur quelques autres. Chaque centre d'activité scientifique et parfois dans un même centre chaque individu présente ses tendances, ses traditions, ses manières de voir et de faire qui ne sont pas toujours exactement semblables à ceux qui se font ailleurs. Ce sont précisément ces différences qui peuvent donner quelque intérêt à un article tel que celui que je viens soumettre aux lecteurs des *Annales*.

Ce qui caractérise très nettement les tendances actuelles dans le traitement du lupus c'est l'abandon des anciennes méthodes et plus spécialement des cautérisations potentielles avec le chlorure d'or, le nitrate d'argent, la potasse, le chlorure de zinc, etc., ces méthodes ont sans doute à leur actif de bonnes et solides guérisons, mais leur passif peut compter une forte part d'insuccès, une douleur notable, une lenteur désespérante et une proportion sensible de cicatrices violettes ou de brides saillantes.

Les méthodes nouvelles ont pour but et pour effet d'agir mieux et plus vite. Il ne faut pas oublier cependant que même avec les meilleures d'entre elles, le lupus reste une place forte qu'on ne saurait habituellement emporter d'assaut et qui nécessite un siège régulier comportant à la foi l'énergie dans les moyens d'attaque et la persévérance dans l'emploi de ces moyens.

DE L'ANESTHÉSIE PRÉALABLE.

Toutes les méthodes efficaces de traitement du lupus sont douloureuses car toutes sont des opérations chirurgicales. On ne saurait en

Digitized by Google

effet, sauf exception très rare, compter avec quelque certitude sur aucune médication interne. Que l'on extirpe, racle, scarifie, ou cautérise au fer rouge il faut s'attendre à provoquer une douleur assez vive et la question de l'anesthesie locale ou générale peut très légitimement se poser.

L'anesthésie locale est peu recommandable surtout à la face ou elle présente des difficultés particulières d'exécution et est assez désagréable par elle même. Dans toutes les régions du reste elle modifie la consistante des tissus et ne permet plus d'agir avec la même précision ; aussi tout en l'ayant employée dans quelques cas, suis-je loin d'en conseiller l'usage habituel.

Quant à l'anesthésie générale, la pratique des chirurgiens de l'Antiquaille s'écarte absolument de celle de M. Ernest Besnier qui s'exprime ainsi à ce sujet : « Jamais je n'ai consenti à exécuter l'anesthésie géné-« rale, et je ne la considère légitime que dans des conditions tout à fait « exceptionnelles ». A l'Antiquaille nous usons l'argement de l'anesthésie générale et pour ma part je l'emploie à peu près toujours. Cela me paraît devoir tenir à deux causes accessoires dans la question mais qui peuvent servir à expliquer des manières de faire aussi différentes. En premier lieu, à l'Antiquaille, dans les services spéciaux de maladies vénériennes et cutanées nous sommes chirurgiens, habitués par conséquent, par la pratique de tous les jours, à faire usage de l'anesthésie et l'appliquant volontiers à toute intervention douloureuse. Puis, la série de nos services débute par les enfants auxquels, instinctivement, on est plus porté à épargner la douleur qu'aux adultes, et chez lesquels l'anesthésie est facile et fort innocente.

En dehors de ces raisons accessoires, il faut convenir que l'anesthésie générale, en écartant la douleur, permet de faire beaucoup plus de besogne en une seule séance ; on peut racler, scarifier, cautériser de larges surfaces avec toute l'énergie nécessaire, sans avoir d'autre préocupation que d'atteindre et de dépasser les limites dn mal. On abrège donc ainsi la durée de la première partie du traitement et de l'hospitalisation des malades et on arrive plus vite à la période de surveillance ou l'on se borne à réprimer çà et là sur la cicatrice obtenue les petits foyers de récidive.

Je dois dire ici, que précisément parce que j'emploie habituellement l'anesthésie générale dans une affection qui, par elle même, ne compromet pas la vie, j'ai toujours eu la précaution de rendre cette anesthésie aussi rapide et innocente que possible. C'est une des raisons qui m'ont fait étudier depuis longtemps des anesthésies mixtes sur lesquelles mes élèves ont publié divers travaux.

Ma pratique actuelle basée sur les recherches physiologiques de

Digitized by Google

MM. Morat et Dastre consite à faire au malade 15 à 30 minutes avant l'ansthésie une injection sous-cutanée de un gramme à un gramme et demie de la solution suivante :

Chlorhydrate de morphine.....	10 centigrammes.
Sulfate neutre d'atropine.....	5 milligrammes.
Eau distillée.....	10 grammes.

J'emploie ensuite l'éther.

On a ainsi tout le bénéfice déjà connu de l'injection préalable de morphine ; et l'atropine en diminuant l'excitabilité du pneumogastrique permet d'éviter dans une large mesure soit les nausées et le vomissement, soit les retentissements directs on reflexes se faisant sur le cœur par l'intermédiaire du pneumogastrique et pouvant amener l'arrêt de cet organe. Avec cette méthode, sur une série recente de 25 anesthésies je n'ai pas eu un seul vomissement dans la salle d'opération, et un nombre très restreint pendant la journée.

L'atropine amoindrit à un tel degré les inconvénients de la morphine, défaillances, nausées, vomissements, que j'ai pu pratiquer l'injection mixte déjà 40 fois; de 5 à 30 minutes après le repas j'ai eu, soit des vomissements, soit des regurgitations dans la moitié environ des injections pratiquées dans les 10 premières minutes, mais à partir de 20 à 30 minutes on n'observe plus aucun malaise, aucun vomissement, rarement quelques nausées. On peut donc, si on ne veut pas anesthésier le malade, lui épargner une partie de la douleur en pratiquant cette injection mixte de morphine et d'atropine.

Il ressort donc de ce qui précède que la pratique à l'Antiquaille diffère déjà de celle de Saint-Louis en ce que nous faisons largement bénéficier nos malades des ressources de l'anesthésie, cherchant en cela à leur épargner la douleur et à les guérir plus vite.

J'aborde maintenant le rapide exposé des diverses méthodes chirurgicales dirigées contre le lupus et des formes de cette maladie auxquelles telle méthode de traitement me paraît plus spécialement applicable.

MÉTHODES CHIRURGICALES DU TRAITEMENT DU LUPUS-CAUTÉRISATIONS POTENTIELLES — EXTIRPATIONS — RACLAGE — SCARIFICATIONS — FER ROUGE.

Cautérisations potentielles. — Je ne puis donner le résultat de mon expérience personnelle sur une méthode que je n'emploie pas et que j'ai à peine vu employer. A l'époque où j'ai pris mon service, mon collègue, M. Horand, se servait presque exclusivement du fer rouge; je revenais

Digitized by Google

de l'Allemagne ou j'avais pu voir à la clinique de Hebra, les bons effets du raclage. Ce sont ces deux méthodes qui, avant l'introduction des scarifications, se sont partagées le traitement du lupus. Je ne mets pas en doute cependant, ayant sur d'autres points l'expérience lyonnaise des caustiques, que ceux-ci employés dans le lupus non comme simples modificateurs mais commes agents destructifs ne puissent, entre les mains d'un chirurgien soigneux, attentif à réprimer le bourgeonnement des surfaces et à diriger les cicatrices, donner de bons résultats. Bon nombre des considérations que nous ferons valoir bientôt à propos du fer rouge sont certainement applicables aux caustiques.

Extirpations. — Mauvaise méthode. Je ne l'ai employée qu'une seule fois à mes débuts, j'espérais en finir d'un seul coup avec un petit noyau de la joue et j'avais tenu le bistouri à deux bons millimètres en dehors des limites du mal, j'eus le regret d'avoir une cicatrice creuse et surtout de voir au bout de quelques mois revenir au pourtour une série de petits nodules lupiques.

Raclage. — Je ne sais si le raclage inauguré par Volkmonn a été employé en France avant moi, mais à coup sûr les premières publications sur ce sujet ont été faites à Lyon. J'avais vu, en mai 1875, cette méthode largement employée à Vienne par l'illustre professeur Ferdinand von Hebra qui avait en l'obligeance de me montrer, sur plusieurs malades et en des régions diverses, la manière exacte de procéder. A mon retour je fis connaître et j'appliquais le raclage, puis je traduisis pour le *Lyon médical* au commencement de 1876 le mémoire de Hans von Hebra ou le mode opératoire et les applications diverses étaient nettement formulées. Hans von Hebra préconisait alors le raclage dans la série des affection suivantes : lupus vulgaire, lupus erythémateux, epithélioma, certains eczémas, certains psoriasis, tubercules anatomiques, sycosis, acné, suite de variole, acné vulgaire, acné rosacea, ulcérations diverses, adénites scrofuleuses, nœvi, nœvus verruqueux, taches pigmentaires, vitiligo plan, xanthome des paupières, télangiectasies, végétations, condylomes syphilitiques.

La liste est longue et pourrait s'augmenter des applications chirurgicales. J'ai, depuis lors, fait un emploi habituel du raclage dans presque toutes les maladies énumérées par Hans von Hebra ; la méthode s'est répandue peu à peu et actuellement la curette fait partie en tous lieux de l'arsenal du chirurgien et du dermatologiste.

Volkmann, est sans contredit, l'inventeur du raclage et c'est de lui que datent les nombreuses applications de cette méthode en chirurgie et en dermatologie ; mais je tiens à rappeler que, longtemps avant, il y avait eu des tentatives de même ordre, que Récamier raclait les fongosites utérines avec la curette qui porte son nom et que Diday, il y a plus de

Digitized by Google

30 ans, énucléait les ganglions de l'aine avec une petite cuillère qui n'est pas sans analogie avec l'instrument de Volkmann.

Hebra, pour adopter la curette de Volkmann aux opérations dermatologiques, en avait un peu diminué le volume et changé la forme; d'autres modifications, sans grande importance du reste, ont été faites depuis, nous citerons en particulier les curettes très petites ayant pour but d'attaquer les îlots les plus minimes, et les curettes fénétrées dont le nettoyage est plus facile.

Le raclage, pour bien agir, doit être pratiqué énergiquement, et la règle, dans le lupus, est de gratter aussi longtemps qu'il vient quelque parcelle de tissus. Tout ce qui est embryonnaire se détache avec la plus grande facilité, mais lorsqu'on arrive sur les tissus sains à structure feutrée et à fibres entrelacées on éprouve une résistance presque invincible. Cette résistance donne toute sécurité dans l'emploi même brutal de l'instrument, mais elle a cet inconvénient que, dans l'épaisseur des tissus sains, ont pu se glisser déjà quelques cellules lupiques qui restent ainsi à l'abri d'une première attaque et nécessitent des opérations ultérieures et sont le point de départ de la récidive.

L'hémorrhagie parfois abondante s'arrête facilement avec un peu de charpie sèche, la douleur esi vive, mais cesse aussitôt que l'opération est terminée. Deux ou trois jours après l'opération, la surface présente une apparence sale, pseudo-membraneuse, due à la présence de débris de tissus mortifiés par la pression de l'instrument, cette couche ne tarde pas à s'éliminer et on voit lui succéder une surface rose, de bon aspect qui, sans avoir l'absolue régularité de la surface qui suit l'emploi du fer rouge, tend comme celle-ci à bourgeonner et à se cicatriser de la périphérie au centre.

J'ai vu parfois, cependant, de petits îlots épidermiques nés au centre venir en aide à l'épiderme des bords et hâter la cicatrisation, cela ne s'observe pas après l'opération du fer rouge. Il est utile, pendant le cours de la cicatrisation, de panser et de modifier les surfaces avec tel agent que l'on juge convenable. J'ai employé l'iodoforme, les pommades pyrogalliques ou créosotées, le nitrate d'argent, etc.

La pommade pyrogallique au dixième m'a paru fort utile pour réprimer le bourgeonnement des surfaces et conduire à une bonne cicatrisation.

Hans von Hebra dans le mémoire cité plus haut, dit au sujet des résultats obtenus par le raclage : « lorsque l'opération a été pratiquée à une « profondeur suffisante, toute cautérisation ultérieure devient inutile, et « on a la joie de voir se produire une cicatrice lisse, souple et rosée. Les « cicatrices qui succèdent au raclage sont beaucoup plus belles que celles « qui suivent une cautérisation quelconque, aussi ce procédé doit s'ap-

Digitized by Google

« pliquer surtout au visage. Son emploi n'est pas moins important au « voisinage des articulations pour éviter toute cicatrice qui pourrait en « gêner les fonctions et les mouvements. »

Tout ceci n'est que partiellement exact et l'on s'expose à une déception si l'on prend trop à la lettre cette assertion que toute cautérisation ultérieure devient inutile. Ferdinand von Hebra dit avec plus de justesse dans son traité « aussi la cautérisation des plaies qui restent est-elle nécessaire, et il faut encore un traitement pour faire disparaître les petites infiltrations en question. » En effet, le bourgeonnement parfois excessif a besoin alors d'être réprimé par le nitrate d'argent sous peine d'aboutir à une cicatrice saillante; de plus, j'ai déjà noté avec quelle facilité quelques cellules morbides protégées par la résistance des tissus sains peuvent survivre dans le fond et à la périphérie. Aussi n'ai-je pas tardé autrefois à faire suivre le raclage d'une légère cautérisation et aujourd'hui lorsque j'emploie cette méthode je pratique presque toujours, après un raclage énergique, la scarification linéaire du fond et des bords. Cette opération mixte m'a paru aller plus vite que les scarifications seules et garde sur la cautérisation l'avantage de ne pas étendre la cicatrice au delà des limites du mal. J'ai été assez satisfait de cette méthode mixte dans le lupus érythémateux, ou la scarification seule est peu efficace, et ou le fer rouge donne plus de cicatrice que n'en laisserait la guérison spontanée du mal.

Le lupus érythémateux est une néoplasie maigre, dont les cellules, habituées à vivre de peu, végètent comme les plantes des terrains secs, malgré une irrigation insuffisante. Aussi la scarification seule ne donne plus ici les succès remarquables qui lui sont habituels dans les formes exubérantes et congestives; le raclage lui vient utilement en aide tout en n'emportant que très peu de tissus et en n'augmentant pas sensiblement la cicatrice. Le raclage suivi pendant la cicatrisation des surfaces de cautérisations au nitrate d'argent ou à la teinture d'iode, est également fort utile pour le traitement du lupus des cavités buccale et nasale, dans lesquelles le fer rouge et la scarification ne sont pas d'une application facile.

Il est une forme de papillome a saillie considérable, à suintement fétide, à bourgeons volumineux laissant échapper de leurs interstices des fibrements rebacés abondants. Je n'ai vu cette forme que chez les adultes ou les vieillards, sur le dos de la main et de l'avant bras; je l'avais désignée dans mes notes sous le nom de lupus papillomateux à cause des rapports évidents de cette affection avec la scrofule qui se présentèrent sur deux de mes malades. J'ai retrouvé cette forme mentionnée dans la traduction de Duhring et constaté que le raclage employé seul, avait donné à l'auteur de la note comme à moi des succès remarquables.

Digitized by Google

DU FER ROUGE.

M. Ernest Besnier traite avec quelque dureté l'emploi du fer rouge (*Annales de dermatologie*, octobre 1880). « Nous repoussons catégori-« quement, dit-il, le cautère actuel et les caustiques... tout au plus pour-« rait-on dire qu'il peut se présenter tel cas particulier ou l'emploi du « cautère actuel et des caustiques trouve son indication partielle mais ce « sont là, en fait, des moyens de traitement dont l'heure est passée et « qu'il n'y a pas à regretter. »

Ce jugement est trop absolu car le fer rouge doit être considéré comme un bon moyen de traitement du lupus ; mon prédécesseur, M. Horand, l'emploie presque exclusivement dans sa pratique, et mon successeur, M. Cordier, y revient de plus en plus après avoir essayé soit le raclage, soit les scarifications.

Le fer rouge pour bien agir doit être appliqué avec énergie, détruire la plaque lupeuse et un peu de la zone qui l'entoure. Il faut passer plusieurs fois le cautère sur les mêmes points, sans craindre d'appuyer, bien aplanir toute l'étendue et faire en sorte que la surface cautérisée se relie par une pente insensible avec la peau saine. Un gros cautère à boule, porté au rouge vif par le gaz ou le charbon de bois, paraît à M. Horand préférable au thermo-cautère à cause du rayonnement plus intense du calorique et de l'énergie caustique plus grande. Comme on le voit, ceux qui emploient le fer rouge ont la préoccupation non pas de cautériser trop mais de ne pas cautériser assez. L'eschare produite se détache après quelques jours, l'occlusion accélère sa chute, l'exposition à l'air sans pansement la retarde ; on se trouve alors en présence d'une surface absolument *plane et régulière* se reliant en pente douce avec les bords. Cette surface un peu déprimée d'abord s'élève par le bourgeonnement du fond et arrive à atteindre et même à dépasser le niveau de la surface générale de la peau. C'est alors que commence le côté désagréable du traitement, car il faut tous les jours et jusqu'à cicatrisation complète réprimer avec le nitrate d'argent le bourgeonnement des surfaces si l'on veut obtenir une cicatrice unie et souple. Après un temps qui, selon l'étendue du mal varie de quinze jours à un mois et demi ou deux mois, toute la surface est épidermisée, encore un peu rosée mais devant blanchir avec le temps.

L'épidermisation se fait toujours de la circonférence au centre, et on ne voit jamais de petit ilot né dans le fond, prêter secours à l'épiderme du bord. Il en résulte que le fer rouge s'applique difficilement au traitement de très vastes surfaces. Aucune méthode ne donne en une seule séance une cicatrice aussi bonne et surtout aussi à l'abri de la récidive.

Digitized by Google

Le fer rouge a deux inconvénients, le premier est que devant, comme toute autre méthode du reste, dépasser un peu la limite apparente du mal, il détruit plus que les autres méthodes ce qu'il touche à la périphérie et ne donne pas, dès lors, le minimum de cicatrice; le second plus sérieux est qu'il faut, de la chute de l'eschare à l'épidermisation complète, surveiller très attentivement la cicatrisation et réprimer les bourgeons charnus, si on veut éviter des brides ou des îlots saillants et durs. Un malade cautérisé ne peut être renvoyé chez lui ni livré à lui-même car le passage du crayon assez douloureux est facilement négligé si le chirurgien ne l'exécute pas lui-même.

L'avantage du fer rouge est que l'on peut obtenir, par une seule cautérisation, non pas toujours sans doute, mais fort souvent, une cicatrice souple, blanche, plus à l'abri des îlots de récidive que par aucune autre méthode.

Le sacrifice paraît plus considérable parce qu'il se fait en une fois; il peut, en réalité, l'être moins parce que les retours agressifs du mal sont moins à craindre, que ce qui est à détruire est bien détruit et ce qui a été conservé bien conservé. Cela doit tenir à ce que la plus grande partie de la lésion est emportée d'emblée, et que s'il reste dans le fond quelques cellules morbides elles ont chance d'être étouffées dans le processus cicatriciel.

Aucune méthode sans doute ne met absolument à l'abri de la récidive, mais on peut dire que le fer rouge bien manié y expose le moins, et que, si après son emploi la surveillance immédiate doit être exacte et attentive, la surveillance et les soins éloignés sont réduits au minimum. Aussi ai-je l'habitude de préférer le fer rouge pour les malades venus à l'hôpital des départements voisins, pour un temps restreint, et sur lesquels la surveillance ultérieure peut difficilement s'exercer.

Pour ces raisons très sérieuses, la cautérisation actuelle conservera toujours des partisans et ne doit pas être oubliée ni proscrite. Je l'emploie volontiers dans les régions qui sont habituellement recouvertes par les vêtements et sur lesquelles une cicatrice un peu plus large importe peu; je l'emploie volontiers aussi dans les formes ulcéreuses, car ici, la scarification perd un de ses principaux avantages qui est l'épidermisation rapide des surfaces en traitement.

A la face, le fer rouge donne aussi de bons résultats au point de vue de la rapidité et de la sureté de la guérison, mais pour cette région, soit à cause de la douleur plus vive des cautérisations au nitrate d'argent, soit à cause de l'étendue plus grande de la cicatrice je préfère les scarifications linéaires qui causent le moins de dégât et donnent le minimum de cicatrice.

Pour obviér au bourgeonnement des surfaces par un moyen moins

Digitized by Google

douloureux que le nitrate d'argent, j'ai essayé indépendamment de diverses topiques, la compression permanente s'exerçant sur une masse emplastique moulée sur la région.

On sait que cette compression, longtemps prolongée, finit par assouplir et aplanir les cicatrices dures rétractiles et saillantes; j'y ai trouvé moins d'avantages sur une surface vive. On obtient à la vérité le nivellement des surfaces, mais celles ci gardent une grande tendance à se relever dès qu'on cesse la compression, et de plus l'occlusion, par l'humidité permanente qu'elle entretient, retarde la kératinisation de l'épiderme et le progrès de la cicatrice.

DE LA SCARIFICATION.

Cette méthode, sous la forme moins efficace de scarification ponctuée, avait déjà été employée par Dubini, plus tard pa Veiel puis par Volkmann qui perfectionnait ainsi les résultats obtenus avec le raclage.

La scarification par incision longue fût inaugurée par Balmano Squire, mais c'est à Vidal que l'on doit la méthode actuelle et seule vraiment efficace des scarifications linéaires serrées et quadrillées.

On peut dire de cette méthode que Balmano Squire en a été le précurseur, que Vidal en est le père, et que les médecins de l'hôpital Saint-Louis, Ernest Besnier en particulier, ont largement contribué à la bonne éducation de l'enfant et a son succès dans le monde.

L'instrument par excellence de la scarification est l'aiguille à lame étroite et à double tranchant de Vidal. La règle est de hacher menu les tissus par des incisions rapprochées, parallèles les unes aux autres, croisées par d'autres incisions perpendiculaires ou un peu obliques aux premières comme les hachures d'un dessin. Je n'attache pas une grande importance à ce que les incisisions soient perpendiculaires au plan de la région sur laquelle on opère; je les fais même plus volontiers obliques à ce plan, de façon à mieux couper les vaisseaux, Mais il importe que l'obliquité de toutes les incisions de même direction soit dans le même sens, pour que celles-ci restent bien parallèles entre elles. Sans cette précaution on aurait de véritables excisions et des ablations de tranches minces des tissus. Il ne faut aller ni trop ni trop peu profondément, et à moins de circonstances exceptionnelles motivées par la profondeur des lésions, ne pas dépasser la partie profonde du derme et ne pas pénétrer dans le tissus cellulaire sous-cutané. La pratique de l'opération donne vite la dextérité nécessaire.

Une partie des cellules morbides s'élimine, une autre dégénère et est étouffée dans le réseau de cicatricules qui succède au réseau des incisions. Je doute que les cellules vraiment lupeuses concourent à la cicatrisation,

Digitized by Google

et j'incline à croire, tant est grande la tenacité du mal, qu'elles appartiennent à l'opposition irréconciliable ; mais à côté d'elles, il y a bon nombre d'éléments embryonnaires purement inflammatoires susceptibles d'aider utilement à la formation de la cicatrice.

C'est précisement la conservation de tous les éléments utiles qui fait la valeur pratique de la scarification.

On doit dépasser sans doute un peu les limites du mal soit à la périphérie soit dans la profondeur, mais comme l'action n'est pas destructive, jamais la cicatrice qui succède á l'opération n'est plus étendue que le mal lui-même. On obtient le minimum de cicatrice et de destruction.

Comme l'épiderme a été conservé dans tous les points de la surface, on obtient en trois ou quatre jours la cicatrisation complète des surfaces scarifiées. L'épidermisation ne se fait plus ici de la périphérie au centre comme après le raclage ou la cautérisation, la surface s'épidermise en masse et dans tous ses points comme se prend par une nuit froide la surface d'une eau tranquille.

Il y a cependant ici une restriction à faire, car la rapidité de l'épidermisation est proportionnelle à la valeur de l'épiderme. Sur une peau saine et non ulcérée, même dans les régions que leur situation, leur malpropreté naturelle, leur humidité semble peu disposer à la réunion immédiate (scarification périanales ou scrotales dans le prurit) on est tout surpris, après 24 ou 36 heures, de trouver à peine trace des incisions.

Dans le lupus, lorsque l'épiderme garde sa continuité et quelque épaisseur, l'épidermisation tout en étant moins rapide que sur une région tout à fait saine, ne se fait guère attendre.

Mais dans les formes ulcéreuses, ou l'épiderme est plus ou moins détruit, il y a un retard notable et la scarification ne peut bénéficier de l'un de ses plus précieux avantages. Hors ce cas, la rapidité habituelle de la cicatrisation est une chose précieuse car elle supprime toute porte ouverte aux infections extérieures et tout pansement. Pour toutes ces raisons, la scarification doit rester la méthode par excellence de traitement du lupus de la face, car c'est elle qui donne le moins de cicatrice, exige le moins de pansement et de surveillance immédiate.

La scarification par les nombreuses ouvertures qu'elle fait pénétrer au sein des éléments morbides, favorise l'élémination de ces derniers ; par la section des vaisseaux elle leur coupe les vivres et favorise leur regression que le réseau cicatriciel vient compléter ; aussi s'adapte-t-elle avec le plus de succès aux formes exubérantes et aux formes destructives que toutes deux ont une vascularisation abondante et des cellules habituées à une large irrigation.

Je dois indiquer un soupçon que rien n'a confirmé depuis et qui

Digitized by Google

m'avait été suggéré par deux faits de ma clientèle. Il y a trois ans, je vis sur deux malades que j'avais scarifié à plusieurs reprises, survenir, dans les mois qui suivirent, chez l'un une phtisie galopante, chez l'autre une pleurésie traînante qui me parut tuberculeuse. Comme alors s'agitait la question si souvent posée de la nature tuberculeuse du lupus, je me demandais si ces incisions multiples ne provoquaient pas de véritables inoculations tuberculeuses et des chances d'infection générale auxquelles la cautérisation n'expose nullement. Je m'étais souvent, et avec plus de raison, posé la même question lorsque je raclais et évidais ganglions scrofuleux, fongosités articulaires ou lésions osseuses. Ayant eu pendant six ans un grand service d'enfants scrofuleux et ayant importé à Lyon la curette de Volkmann et d'Hebra, j'avais des occasions incessantes de brasser la matière tuberculeuse, comme, en fait, je ne voyais jamais survenir d'accidents généraux, j'avais l'esprit tranquille. Un jour que nous agitions cette question en déjeunant à l'Antiquaille, car à Lyon nous avons cet avantage de déjeuner dans les hôpitaux et de pouvoir, une fois le service fini, causer entre collègues de ce qui nous intéresse, mon confrère, M. Cordier, a émis cette idée originale que puisque la tuberculose est considérée comme une maladie virulente, elle ne doit pas se reinoculer au porteur; ce dernier restant comme un syphilitique, par exemple, exposé a des manifestations multiples de son mal que l'on ne saurait pourtant provoquer expérimentalement.

Il y a là une question que l'expérimentation pratiquée sur les animaux peut trancher. Je ne sais si, appliquée à la tuberculose, l'idée est juste mais elle m'a paru mériter d'être signalée.

Il y a un motif plus sérieux d'être rassuré, c'est que les scarifications ont déjà été pratiquées sur des milliers de malades et celá sans que l'on ait signalé d'accident immédiat ou ultérieur. De plus, si histologiquement le lupus paraît être une affection tuberculeuse, il diffère par son allure, sa marche, de certaines affections de la peau vraiment tuberculeuses, même à l'œil nu, et Vidal sentant peut-être la menace théorique qui planait sur sa méthode, a contribué plus que tout autre à faire la lumière sur ce point. Je n'ai point cru devoir taire la préoccupation qui m'a traversé l'esprit mais je continue à employer les scarifications.

Comme résumé de cette étude je dirai donc que la pratique des chirurgiens de l'Antiquaille diffère de celle de l'hôpital Saint-Louis. 1° par l'emploi habituel de l'anesthésie générale. 2° par l'usage fréquent du fer rouge dont mes collègues usent encore beaucoup plus que moi.

Personnellement, j'emploie presque toujours l'anesthésie et je préfère le fer rouge sur les régions cachées du corps ou une cicatrice un peu plus grande importe peu.

Je le préfère dans ces cas parce qu'il guérit plus vite, parce qu'il expose

Digitized by Google

moins à la récidive, parce qu'il nécessite une surveillance éloignée moins attentive. Je le préfère également lorsque j'ai à traiter un malade étranger que je puis surveiller que pendant quelques semaines.

On peut avec lui obtenir une cicatrice plane et souple à la condition expresse de reprimer tous les jours et jusqu'à entière cicatrisation des surfaces le bourgeonnement de la plaie avec le nitrate d'argent. Même à la face, je préfère également le fer rouge pour bien détruire un premier et petit noyau du lupus.

J'emploie le raclage seul dans la forme de papillome que j'ai signalé plus haut et que ses affinités avec la scrofule m'ont fait nommer lupus papillomateux. Dans le cas ou le lupus érythémateux me paraît comporter l'intervention opératoire, et dans les cas de lupus signalés ci-dessus comme justiciables du fer rouge, j'employe également le raclage combiné avec la cautérisation ou mieux avec la scarification du fond et des bords. Dans ce cas j'adopte comme pansement ultérieur l'usage non pas exclusif mais habituel de la pommade pyrogallique au dixième qui réprime bien les bourgeons charnus et paraît favoriser la destruction des cellules morbides.

Pour la face enfin, je préfère comme méthode générale les scarifications de Vidal, avec adjonction de la curette pour les cavités buccale et nasale. Je préfère à la face les scarifications, d'abord parce qu'elles ont une efficacité réelle quoique je l'estime inférieure a celle du fer rouge, puis, parcequ'elles exigent le moins de surveillance immédiate et de pansement et parce qu'elles donnent le maximum d'utilisation des tissus et le minimum de cicatrice.

Peut-être trouvera-t-on ces conclusions trop éclectiques; un de mes collègues de l'Antiquaille m'a déjà reproché de faire à la scarification une part trop belle, et l'on trouvera peut-être, à Saint-Louis, que cette part a été trop restreinte, mais le lupus est une maladie trop redoutable et trop rebelle pour qu'il y ait lieu de renoncer facilement à aucun des moyens efficaces de la combattre.

Digitized by Google

II

NOTE A PROPOS DE QUELQUES CAS DE SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE

Par M. le Dr **M. LELOIR**, chef de clinique à la Faculté, et **Léon PERRIN**, interne des hôpitaux.

L'étude de la syphilis héréditaire tardive constitue une question clinique d'une importance capitale, et qui, longtemps discutée, longtemps niée d'une façon systématique, semble entrer aujourd'hui dans une nouvelle phase, sous la vigoureuse impulsion de M. le professeur Parrot, des auteurs anglais et de M. le professeur Fournier.

Aussi ne saurait-on trop accumuler les preuves et les observations démonstratives. Il importe actuellement de ne laisser passer aucune observation précise et minutieusement étudiée de syphilis héréditaire tardive; il faut faire l'enquête ; il faut que celle-ci soit sévère, sérieuse, et que les faits accumulés soient clairs, précis, abondants, nous pourrions dire évidents. C'est ce qu'ont compris et font depuis plusieurs années les maîtres de l'hôpital Saint-Louis.

C'est dans ce but que M. le professeur Fournier se propose de faire, cette année, une série de leçons sur la syphilis héréditaire tardive, et c'est pourquoi notre maître éminent nous a conseillé de publier ces quatre observations que nous avons recueillies récemment, sous sa direction, dans son service.

Observation I.

Syphilis héréditaire tardive. Ulcérations gommeuses de la vulve. Gommes cutanées. Périostoses du tibia. Arrêt de développement. Guérison rapide sous l'influence de l'iodure de potassium.

Eugénie Rabin, négresse, âgée de 19 ans, domestique, entre à Saint-Louis le 4 novembre 1882, dans le service de M. le professeur Fournier.

Elle est née à la Guadeloupe et venue en France depuis quatre mois.

Antécédents héréditaires. Son père est vivant. Sa mère est morte il y a trois ans après avoir eu neuf enfants; de cette nombreuse famille il ne reste que quatre enfants : cinq sont morts jeunes, entre 5 à 6 ans, soit de fièvres paludéennes, soit d'affectoins pulmonaires.

Digitized by Google

Antécédents personnels. Quant à la malade, elle aurait toujours joui d'une bonne santé, et ne serait souffrante que depuis 15 à 20 jours. Elle se plaint de tousser, d'avoir « mal aux jambes et aux parties » : ce sont là tous les renseignements que l'on peut obtenir de cette jeune fille, ou plutôt de cette enfant, dont le développement intellectuel est tout aussi rudimentaire que le développement physique.

C'est en effet une petite négresse ($1^m,36$ de taille et poids $32^k,200$), d'apparence chétive, délicate, au nez écrasé, épaté à sa racine (ce qui tient probablement à sa race) aux seins nullement développés : la glande mammaire est à peine sensible. Et ce qui fait paraître le sein proéminent, c'est l'incurvation des côtes qui est aussi accusée à la vue qu'au toucher.

Les membres sont grêles et amaigris; pas de poils au pubis ni dans les aisselles. Enfin cette jeune fille, malgré ses 19 ans n'est pas réglée : elle a plutôt l'habitus d'une enfant que d'une jeune fille, et son intelligence est très bornée.

Sur son corps, on remarque un certain nombre de cicatrices blanchâtres sur lesquelles elle ne peut fournir aucun renseignement.

A la face, sur la joue droite, deux taches blanches arrondies, du diamètre d'un pois; elles sont superficielles, non déprimées. Une autre tache plus petite sur le front, à un travers de doigt au-dessus du sourcil droit.

Sur le côté gauche de la face, on trouve deux autres taches; sur le front, une tache presque au niveau de la queue du sourcil droit; l'autre à un travers de doigt au-dessus.

Les ganglions cervicaux sont engorgés et forment des saillies appréciables à la vue. Sur le tronc, siégeant sur l'omoplate droite, au niveau de la fosse sus-épineuse, on remarque aussi une petite cicatrice de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, blanche, irrégulière.

A l'union du coccyx et du sacrum, il existe également une cicatrice plus pâle que la peau voisine, d'une couleur café au lait, un peu radiée, mais superficielle, nullement déprimée, et dont les bords sont irrégulièrement festonnés.

Vulve. La membrane hymen existe. A la face interne de chaque grande lèvre, et empiétant un peu sur leur bord libre, on trouve un certain nombre d'ulcérations, variant du diamètre d'une lentille à celui d'une pièce de 50 centimes à 2 francs, et qui ont été considérées par le médecin qui l'envoie à l'hôpital comme des chancres mous.

Ces ulcérations sont au nombre de quatre, trois sur la grande lèvre gauche, et une sur la grande lèvre droite à sa partie interne : de ces ulcérations, deux sont grandes et ont le diamètre d'une pièce de 2 francs, les deux autres plus petites. Elles sont situées à la partie moyenne et à la face interne des grandes lèvres. L'ulcération de gauche est arrondie, d'une profondeur de 2 millimètres environ, mais à bords non taillés à pic, et creusée en quelque sorte à l'évidoir; son fond est très peu bourgeonnant, recouvert d'un enduit grisâtre, d'apparence pultacée. Celle de droite, plus grande d'ailleurs, est un peu irrégulière, aussi bien comme contour que comme fond : elle est plus profonde que la précédente : sa profondeur est d'environ de 2 à 3 millimètres dans les points les plus profonds; ses bords sont plus nets, plus taillés à pic, presque à l'emporte-pièce; ils présentent une teinte violacée, adhèrent parfaitement au fond; nulle part il n'existe de décollement, et l'on voit bien d'ailleurs qu'ils sont en voie de cicatrisation. Le fond de l'ulcération est irrégulier, bourgeonnant; les bourgeons charnus présentent une teinte

Digitized by Google

blafarde, et, dans les parties les plus profondes de la partie centrale, offrent un aspect grisâtre, peu prononcé. Cette ulcération a échancré, en l'empiétant d'environ un demi-centimètre, le bord libre de la grande lèvre droite.

Au-dessus de l'ulcération de la grande lèvre gauche, dans la moitié supérieure de cette grande lèvre, et au niveau de son bord interne, se trouvent deux ulcérations situées, l'une presque au niveau du V. supérieur de la grande lèvre, l'autre à sa partie moyenne : celle-ci, du diamètre d'environ d'une petite lentille, est profonde de 2 millimètres environ, et creusée comme à l'évidoir : ses bords, légèrement violacés, sont fortement adhérents, et son fond est légèrement grisâtre.

En face de cette dernière, se trouve sur la grande lèvre droite, une cicatrice superficielle de la largeur d'une lentille, et de coloration un peu blanchâtre.

Ces diverses ulcérations sécrètent un pus assez abondant, mais de bonne nature : elles paraissent d'ailleurs très indolentes, si ce n'est pendant la marche; au début elles ont été très douloureuses, d'après la malade.

Nulle part il n'existe d'ulcérations secondaires, de chancres nains, de folliculites chancreuses, comme on le rencontre d'ordinaire dans les chancres simples. Ces ulcérations siègent aux points décrits précédemment et l'anus est intact. M. Fournier porte le diagnostic : « *gommes ulcérées* ».

Il existe dans chaque pli inguinal deux ou trois petits ganglions très peu prononcés, du volume d'un pois, complètement indolents et assez adhérents au tissu ambiant.

L'inoculation a été faite au bras, le samedi soir (4 novembre) : comme on pouvait le prévoir, elle a été absolument négative.

La malade, avons-nous dit, se plaignait également de douleurs dans les jambes. A l'examen, on est frappé par la présence dans leur partie moyenne, tant au niveau de leur région antérieure que dans les mollets, de petites taches légèrement saillantes, du diamètre environ d'une grosse lentille et tranchant par leur couleur plus brune et plus violacée sur la peau de nègre ambiante.

Au niveau de ces taches, il existe une induration superficielle, en quelque sorte intra-cutanée, et plus ou moins prononcée; c'est surtout au niveau des mollets, et en particulier du mollet gauche que cette induration est nette et que l'on sent comme enchâssés dans les parties profondes de la peau de petits corps du volume environ d'un pois, ces lésions, au premier abord, auraient pu être prises pour de l'érythème noueux.

Il existe sur chaque jambe, tantôt au niveau de sa partie antérieure, tantôt postérieure, une douzaine environ de ces nodosités.

Au niveau du tiers inférieur du mollet droit, à sa partie postérieure, la peau présente une teinte d'un brun violacé, sur une surface plus grande, de la largeur d'une pièce de 5 francs : à ce niveau elle se desquamme superficiellement, et on éprouve, en la palpant, la sensation d'une induration parfaitement caractéristique.

Au niveau de la partie inférieure du mollet gauche il existe une induration étalée, diffuse, mais semblant faire corps également avec les tissus profonds. Enfin le tibia gauche à sa partie moyenne, sur une étendue de 4 centimètres environ, est hypertrophié et rugueux.

Les pieds sont douloureux : la malade prétend qu'ils se sont enflés en même temps que les jambes; il existe d'ailleurs à leur face dorsale un léger

Digitized by Google

degré d'œdème, de même qu'une espèce d'empâtement de la moitié inférieure de la jambe.

A la face interne des cuisses, à droite et à gauche, il existe une ou deux nodosités analogues à celles décrites au niveau des mollets; ces nodosités étaient plus prononcées samedi soir et hier lundi.

Membres supérieurs. Il existe au niveau de l'avant-bras gauche, le long de la crête cubitale, au tiers inférieur et également à sa partie moyenne et postérieure, trois saillies, légères, mais parfaitement, appréciables à la vue. A leur niveau la peau paraît un peu plus pâle.

Au niveau de ces saillies on constate parfaitement à la palpation, de petites nodosités grosses comme des pois, enchâssées dans les parties profondes de la peau et nullement adhérentes au tissu profond. Ces nodosités paraissent légèrement douloureuses à la pression.

Au bras droit, aucune nodosité.

Petite taie à la partie centrale de la cornée droite. Pas de troubles de l'ouïe.

Il nous reste à décrire les dents de cette jeune fille, lésions qui viennent éclairer et confirmer le diagnostic de l'affection de cette petite malade :

Maxillaire inférieur.	*Canine inférieure droite :*	Présente une crénelure centrale bien marquée;
	Incisive latérale droite :	2 crénelures bien accusées, séparées par une petite éminence pointue;
	Incisive médiane droite :	2 petites crénelures latérales. Antérieurement dépression cupuliforme bien nette, touchant le bord tranchant;
	Incisive médiane gauche :	Régulière;
	Incisive latérale gauche :	Une crénelure très accusée, formant une petite moitié très accentuée, plus en dehors encoche semblable, de sorte que le sommet de la dent est divisé en trois crénelures;
	Canine inférieure gauche :	Un peu d'irrégularité du bord libre;
	Première molaire :	Face triturante usée, presque plane, cuspide disparue, on voit l'ivoire.
Maxillaire supérieur	*Incisive médiane supérieure droite :*	Dépression cupuliforme sur le bord tranchant;
	— *latérale* — — :	Saine;
	— — — *gauche :*	Irrégularité du bord tranchant.
	Canines :	Saines;
	Orémolaires :	Saines aussi;
	Première molaire supérieure :	Cariée à droite, à gauche usée et probablement cariée.

L'examen de la poitrine fait constater au sommet gauche une submatité assez prononcée. La respiration y est rude, un peu soufflante. A droite, la respiration est un peu rude. Le cœur ne présente pas de bruit morbide.

Digitized by Google

Traitement : Iodure de potassium, 3 grammes. Toniques, vin de quinquina. Pansement des ulcérations avec le taffetas de Vigo.

12 *novembre.* Les ulcérations sont en bonne voie de cicatrisation : les deux plus petites sont entièrement cicatrisées ; quant aux deux grandes, la perte de substance a disparu, les bords sont de plain-pied avec le fond, plus de débris pseudo-membraneux : ce sont des plaies simples marchant rapidement vers la réparation.

De plus, pendant son séjour à l'hôpital, la petite malade a eu ses règles pour la première fois; elles ont duré trois jours et n'ont été précédées ni accompagnées de douleurs ni de malaise.

18 *novembre.* Après la cessation des règles, on examine de nouveau la malade et on voit les ulcérations vulvaires entièrement cicatrisées; il ne reste aux points où elles siégeaient sur la face interne et le bord libre des grandes lèvres que deux petites surfaces de la grosseur d'un pois, rouges, mais cicatrisées.

Le processus réparateur a donc marché très vite, puisque, en moins de 20 jours, ces ulcérations profondes et étendues ont été guéries, la malade prenant que 3 grammes d'iodure de potassium par jour.

L'état général de la malade s'est aussi rapidement amélioré : elle se lève tout le jour, mange avec appétit, ne se plaint plus de souffrir dans les membres inférieurs où on ne constate plus ni nodosités, ni empâtement, ni hyperostoses.

L'enfant ayant un peu moins d'appétit depuis deux jours et se plaignant de douleurs dans les genoux, nous l'examinons de nouveau.

Sur les membres inférieurs on ne constate rien d'anormal, les genoux sont seulement douloureux mais à un faible degré puisque la malade se lève tout le jour, ils ne sont nullement tuméfiés.

Aux membres supérieurs, on trouve sur l'avant-bras gauche le long du bord du cubitus à sa partie moyenne et à sa partie supérieure deux tumeurs circonscrites, à grand diamètre vertical faisant une saillie sensible à la vue et au toucher et de la grosseur d'une amande. Ces deux bosselures sont légèrement fluctuantes, ne sont pas adhérentes au cubitus et sont un peu douloureuses à la pression; elles siègent dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Sur l'avant-bras droit sur lequel on n'avait jamais constaté de nodosités, on en trouve une à la partie moyenne et placée sur la face dorsale, elle ressemble aux tumeurs décrites sur l'avant-bras gauche, quoiqu'elle soit d'un volume plus petit; on peut, en effet, la comparer à un haricot.

C'est une nouvelle mais légère poussée de tumeurs gommeuses qui vont disparaître sous l'influence de l'iodure de potassium.

L'état général de la malade continue à être très bon, le malaise qu'elle ressentit il y a quelques jours a aujourd'hui tout à fait disparu, aucune nouvelle tumeur n'est constatée; elle se plaint pourtant de quelques douleurs lorsqu'on presse sur la clavicule gauche, mais l'examen de cet os ne fait reconnaître ni épaississement ni saillie.

9 *décembre.* Les gommes ne sont plus douloureuses, elles diminuent sensiblement de volume sous l'influence du traitement iodé.

17 *décembre.* Nouvelle guérison.

21 *décembre.* Quitte le service guérie.

Digitized by Google

Réflexions.

Cette observation est donc des plus intéressantes et nous paraît démonstrative.

Voici une jeune fille vierge qui se présente avec des ulcérations vulvaires. Au premier abord l'idée d'ulcérations vénériennes vient à l'esprit et telle fut aussi l'opinion du médecin traitant qui les prit pour des chancres mous.

Mais, comme nous l'avons vu, ce n'étaient pas des chancres mous; ce n'étaient pas non plus des chancres infectants.

Étaient-ce des lésions scrofuleuses ou tuberculeuses comme auraient pu le faire soupçonner les signes douteux de tuberculose pulmonaire chez cette malade ?

Mais, l'aspect objectif des lésions, la rapidité de leur évolution, la coexistence d'autres lésions (gommes cutanées, périostoses) et enfin la guérison rapide de ces diverses lésions sous l'influence de la médication spécifique démontrent surabondamment que nous étions en présence de lésions syphilitiques tertiaires (gommes ulcérées de la vulve, gommes cutanées à l'état de crudité, périostoses), ainsi que l'affirma dès le début M. Fournier.

La syphilis étant donc démontrée, trois questions se posent :

Sommes-nous en présence d'une syphilis contractée par la malade après l'enfance ; d'une syphilis contractée dans l'enfance; ou d'une syphilis héréditaire tardive ?

Mais l'aspect spécial de cette malade, arrêtée dans son développement à tous les points de vue, son aspect syphilitique (syphylitic aspect des Anglais), la kératite ancienne, l'état des dents, sa virginité, doivent également nous faire rejeter la syphilis contractée après l'enfance.

Quant à la syphilis infantile, nous pensons pouvoir l'éliminer aussi avec probabilité, et cela en nous fondant tout d'abord sur la polyléthalité dans la famille du sujet, et sur ce fait que la syphilis contractée dans l'enfance est en somme plus rare que la syphilis héréditaire.

Observation II.

Syphilis héréditaire tardive. Périostoses gommeuses des tibias, des côtes. Gomme de la langue. Destruction de la luette. Ulcération gommeuse à tendance phagédénique de la lèvre et de la face interne de la joue gauche. Guérison rapide sous l'influence du traitement spécifique.

Le nommé Charles M....., âgé de 18 ans, entré le 25 novembre 1882, salle Saint-Louis, lit n° 74, dans le service de M. le professeur Fournier, à l'hôpital Saint-Louis.

Digitized by Google

Antécédents héréditaires. La mère prétend être saine : elle dit, et en somme n'en sait trop rien que « le père aurait eu quelque chose, étant jeune » ??

Cette femme a eu deux enfants avec son premier mari : le malade actuel est le deuxième de ces enfants.

Antécédents personnels. Le malade ne se souvient de ses antécédents personnels que jusqu'à l'âge de 12 ans; d'après sa mère, il n'aurait jamais eu de maux d'yeux, ni d'oreilles. Avant l'âge de 3 ans, étant en nourrice (où il est resté jusqu'à 4 ans), il aurait eu des glandes, des grosseurs au cou et des abcès sur la poitrine. Il aurait eu en outre mal à la gorge, mais la nature précise de ces accidents ne peut être déterminée d'une manière exacte.

De 3 ans environ à 12 ans, il se serait bien porté, mais vers l'âge de 12 ans, il aurait eu des lésions ulcéreuses et osseuses de la jambe droite pour lesquelles il est entré à Sainte-Eugénie, salle Napoléon dans le service du chirurgien, et à cette époque, on aurait appelé en consultation un médecin de Saint-Louis.

A Sainte-Eugénie, on lui prescrivit un traitement local indéterminé, huile de foie de morue et de l'iodure de potassium.

Environ un an après sa sortie de Sainte-Eugénie et la guérison de ses jambes, il vint à Saint-Louis consulter pour un mal de gorge, M. Vidal. On lui ordonna de l'iodure de potassium. Le mal disparut complètement au bout de 2 mois de durée environ.

Le malade semble avoir été complètement indemne de tout accident jusqu'à il y a deux mois : depuis deux mois il a mal à la lèvre et à la bouche, lésions qui l'amènent à l'hôpital.

Cette affection semble avoir débuté par l'intérieur de la lèvre inférieure, dans laquelle il y aurait eu une bosse, au dire du malade ; d'ailleurs les renseignements fournis par ce sujet sont insuffisants.

État actuel. Jeune homme d'un développement assez incomplet, assez grêle, peau pâle (terreuse). Poids : 110 livres. Taille : $1^{m},60$.

Deux cicatrices larges comme une pièce de 20 sous, blanches, déprimées et un peu gaufrées en dedans du mamelon droit. Dans le pli inguinal droit, cicatrice légèrement pigmentée dans le sens du pli. (Adénite suppurée ?)

Jambe droite. Au niveau du tibia, qui dans son tiers moyen est légèrement hyperostosé, bosselé et irrégulier, on trouve, au niveau de ce tiers moyen, des cicatrices blanches, irrégulières, plus ou moins grandes, variant entre le diamètre d'une pièce de 5 francs et une de 50 centimes, et adhérant à l'os.

Jambe gauche. Au niveau du tiers moyen cicatrice brunâtre, irrégulière, large comme une pièce de 40 sous et également adhérente à l'os.

Gorge. La luette a complètement disparu, et le pilier antérieur gauche est légèrement échancré.

Langue. Au niveau de son tiers antérieur et à la partie médiane, la langue présente une dépression assez profonde, d'une disposition irrégulière et entourée de bords lobulés et indurés de telle sorte qu'elle rappelle assez bien la langue de Clarke.

Lèvres. La lèvre inférieure, surtout à gauche, est fortement tuméfiée et légèrement indurée; elle est recouverte au niveau de son bord libre par une croûte brunâtre adhérente.

Au niveau de la moitié gauche de la joue, dans sa partie correspondant aux dents, et recevant en quelque sorte leur impression, se trouve une ulcération profonde, à bords irréguliers, plutôt taillés à pic, légèrement décollés

Digitized by Google

sur une étendue de 2 millimètres, à fond putrilagineux et laissant dégager une odeur infecte.

Au niveau de la face interne de la joue gauche, à 1 centimètre en arrière de la commissure, et au niveau des molaires, l'ulcération précédente se continue, mais, pour s'élargir, s'approfondir encore, s'étendre jusqu'au repli gingivo-buccal, atteindre la largeur d'une pièce de 2 francs et présenter un fond assez irrégulier, grisâtre, putrilagineux au fond duquel on voit le muscle et entouré par des bords taillés à pic, adhérents, légèrement décollés cependant au niveau de la partie supérieure. Cette ulcération est indolente, c'est à peine si en mangeant elle est le siège de légers picotements.

Adénopathie sous-maxillaire à droite et à gauche, ganglions non douloureux gros comme des noisettes : ganglions dans les triangles sus-claviculaires et dans les plis inguinaux.

Pas d'autres lésions cutanées ou osseuses ou muqueuses : pas de cicatrices des fesses. Les 2 incisives médianes supérieures sont très légèrement échancrées à leur partie moyenne.

Viscères sains, fonctions digestives bonnes. Certes, comme le fait remarquer M. le professeur Fournier, ces lésions pourraient parfaitement être prises au premier abord pour un lupus vorax des muqueuses. Mais il n'hésite pas à en faire des syphilides ulcéreuses héréditaires.

Traitement : Iodure de potassium, 4 grammes; sirop d'iodure de fer; vin de gentiane; attouchements avec la teinture éthérée iodoforme; gargarismes émollients.

Grande amélioration déjà.

17 *décembre*. L'ulcération est presque partout cicatrisée. Encore légèrement bourgeonnante, mais à fond de bonne nature, sur un espace grand comme une pièce de 20 centimes à la face interne de la joue.

20 *décembre*. Guérison complète.

Réflexions.

Ici encore, comme dans nombre de cas de syphilis héréditaires tardives d'ailleurs, les lésions ulcéreuses pour lesquelles le malade est entré à l'hôpital pouvaient être prises pour des scrofulides ulcéreuses, et dans ce cas particulier, pour un lupus vorax. Toutefois elles présentaient certaines particularités dans leur aspect, dans la rapidité de leur évolution qui devait mettre l'observateur attentif sur ses gardes et le faire songer à la syphilis. Ce diagnostic « syphilide ulcéreuse » ne tardait pas à acquérir une plus grande certitude par l'examen complet du malade qui nous montrait à une cicatrice analogue à celle d'une gomme à la partie moyenne de la langue, une destruction complète de la luette et une cicatrice au niveau du pilier antérieur gauche, des lésions osseuses (ostéites gommeuses) très accentuées au niveau de la région antérieure des deux jambes, quelques cicatrices de gommes ulcérées sur le tronc. Enfin, ce diagnostic syphilis ne tardait pas à être confirmé d'une façon éclatante par une guérison rapide sous l'influence du traitement spécifique.

Ce diagnostic syphilis établi, l'hypothèse d'une syphilis contractée par

Digitized by Google

le malade tombait devant l'ancienneté du début des accidents (début vers l'âge de 3 ans). Quant à savoir si nous sommes en présence d'une syphilis contractée dans l'enfance, en nourrice par exemple, ou d'une syphilis héréditaire tardive, il est difficile de le dire. Toutefois, les lésions, légères d'ailleurs des incisives supérieures, et la rareté relative de la syphilis contractée dans l'enfance doivent plutôt faire songer, dans le cas actuel, à une syphilis héréditaire tardive, sans que nous puissions toutefois l'affirmer.

Observation III.

Syphilis héréditaire tardive. Gommes du tissu cellulaire, arrêt de développement, lésions nombreuses de syphilis infantile. Syphilis manifeste de la mère. Guérison sous l'influence du traitement spécifique.

Marie Ch..., 16 ans, fleuriste, entre le 20 décembre 1882, salle Henri IV, lit n° 38, à Saint-Louis dans le service du professeur Fournier.

Les antécédents héréditaires sont faciles à préciser, la malade entrant à l'hôpital en même temps que sa mère âgée aujourd'hui de 39 ans.

Celle-ci nous apprend qu'à 19 ans, c'est-à-dire en 1863, elle a eu des boutons sur les grandes lèvres, une adénite inguinale volumineuse, et quelques mois après de la roséole, de l'alopécie, des plaques buccales et vulvaires. Elle a été soignée par M. Moutard Martin, à la Pitié, où elle est restée près de 9 mois et où elle a accouché, étant devenue enceinte peu après avoir contracté la syphilis.

Elle accoucha à terme d'un enfant petit, présentant des rougeurs, des boutons, des bulles sur les mains, les pieds, les fesses, des ulcérations à l'anus: elle le nourrit et l'enfant mourut à trois mois.

En 1864, c'est-à-dire un peu plus d'un an après avoir eu la syphilis, elle se marie, pensant être parfaitement guérie, devient enceinte peu après et accouche d'une petite fille qui, comme son premier enfant, présente sur le corps, mais en moins grand nombre, des boutons et des rougeurs : elle le nourrit encore et l'enfant meurt à 4 mois.

En 1866, c'est-à-dire 3 ans après sa syphilis, elle accouche de la fille avec qui elle vient à l'hôpital. Cette enfant n'ayant rien sur le corps à la naissance, la mère la met en nourrice « espérant ainsi, dit-elle, la sauver ». Mais à 4 mois elle l'enlève à la nourrice et l'allaite au biberon. L'enfant, ayant comme les deux premiers des boutons, des rougeurs sur les mains, les pieds, les fesses, et dépérissant rapidement, un médecin consulté fait prendre à l'enfant 2 cuillerées par jour d'iodure de potassium. Sous l'influence de ce traitement, disparition complète des lésions cutanées et rapide amélioration de l'état général.

Jusqu'à deux ans, la petite fille se porte très bien, quoique étant toujours assez chétive. Quoi qu'il en soit, à cet âge, apparaissent sur le corps et principalement sur les mains et les pieds, des boutons, des bulles et des rougeurs : un médecin consulté lui fait prendre pendant deux mois des bains de sublimé et l'enfant guérit parfaitement.

Digitized by Google

Jusqu'à l'âge de dix ans, elle est bien portante; à cette époque, elle se plaint de douleurs violentes dans l'oreille gauche, suivies d'un écoulement purulent abondant. Ces phénomènes durent pendant quelques mois, puis les douleurs cessent ainsi que l'otorrhée, mais l'enfant reste sourde du côté gauche.

A douze ans, apparition de nouveaux accidents. Il se forme à ce moment deux grosseurs : une dans l'aisselle gauche, l'autre à la partie supérieure et interne du bras du même côté; ces grosseurs s'abcèdent, suppurent et guérissent au bout de deux mois, laissant des cicatrices que l'on voit encore aujourd'hui.

Il y a deux ans, à l'âge de 14 ans, cette malade est soignée par un oculiste pour une kératite de l'œil gauche, suivie d'une taie sur la cornée.

Au mois de septembre 1882, apparaît dans le creux poplité du côté droit, une grosseur ne l'empêchant pas absolument de marcher, mais lui donnant des élancements le long de la jambe et vers le pied et gênant assez la marche.

Enfin, au commencement du mois de décembre 1882, souffrant déjà de maux de tête dans le côté gauche, elle a eu des troubles dans tout le côté droit du corps. Tout le membre supérieur de ce côté était agité de tremblements, de mouvements convulsifs, suivis bientôt de raideur, de flexion forcée de la main et de l'avant-bras.

Ces phénomènes se reproduisaient trois ou quatre fois par jour.

La malade ne perdait jamais connaissance, mais souffrait dans tout le côté droit et avait la jambe affaiblie. Ces phénomènes sur la nature desquels il est difficile de se prononcer n'ont duré que pendant huit jours.

Pour ces divers accidents elle vient le samedi à la consultation de M. Fournier qui lui fait prendre de l'iodure de potassium. Elle finit par entrer à l'hôpital le 20 décembre avec sa mère qui a de l'ozène et un affaissement caractéristique du nez, phénomènes sur lesquels nous insisterons plus loin.

État actuel. C'est une jeune fille petite, mesurant $1^m,42$, chétive, maigre, pesant seulement 80 livres. La chevelure est peu abondante, les seins sont à peine développés, les poils du pubis sont rares : la malade a pourtant 16 ans et est réglée très irrégulièrement depuis sept à huit mois.

Sur le corps, on ne constate de cicatrices qu'au niveau de la paroi antérieure de l'aisselle gauche et de la face interne et supérieure du bras du même côté. En ces régions, on voit deux cicatrices blanches, légèrement déprimées, de l'étendue d'une pièce de deux francs en argent.

Dans le creux poplité du côté droit, on trouve une tumeur de la grosseur d'une noix, dure, non douloureuse à la pression, à laquelle la peau n'est pas adhérente et que l'on peut limiter et saisir parfaitement.

D'après la malade cette tumeur a diminué sensiblement depuis qu'on lui a ordonné de l'iodure de potassium à la consultation, c'est-à-dire depuis une quinzaine de jours.

L'examen des oreilles fait, permet de constater du côté gauche, oreille dont la malade a souffert à l'âge de 10 ans, une ancienne perforation cicatrisée de la membrane du tympan.

Par l'éclairage oblique, on voit sur l'œil gauche une petite tache blanche sur la cornée, trace de la kératite que la malade a eue à l'âge de 14 ans. L'examen du fond de l'œil fait constater un état trouble et des flocons du corps vitré, la pupille a une apparence nuageuse; il y a sur la choroïde des

Digitized by Google

taches atrophiques; les vaisseaux centraux de la pupille sont diminués de volume.

La malade se plaint en effet depuis une quinzaine de jours que sa vue diminue progressivement, et à son entrée, elle n'y voit presque plus de l'œil gauche; elle a comme un brouillard devant cet œil et des mouches volantes.

En faisant ouvrir la bouche à la malade, on constate une hypertrophie amygdalienne manifeste; aussi la voix est nasonnée. Elle a presque toujours du coryza, mais l'écoulement nasal quoique abondant n'est pas fétide; d'ailleurs, en explorant les fosses nasales avec le stylet, on ne trouve aucun os nécrosé.

Dents. Incisives médianes supérieures normales. La droite est un peu convergente.

La canine gauche se trouve au devant et au-dessus de l'incisive latérale.

La première molaire supérieure droite est couverte de lésions alvéolaires, ainsi que la première molaire supérieure gauche.

Les deux incisives inférieures moyennes sont dentelées et toute leur moitié supérieure est très amincie par atrophie de surface et comme aiguisée. La première molaire inférieure droite présente une érosion cupuliforme sur la plate-forme de la couronne. Il en est de même pour la première molaire inférieure gauche.

Traitement : Iodure de potassium, 4 grammes.

Sous l'influence de ce traitement, la gomme du creux poplité n'a pas tardé à se résoudre.

Réflexions.

Si on analyse cette observation, on voit que nous sommes en présence d'un cas complet, typique de syphilis héréditaire.

Le père est sain, robuste et bien portant; la mère, un an avant son mariage, a contracté la syphilis; elle a eu deux premiers enfants qui sont morts entre trois et quatre mois, présentant les symptômes de la syphilis infantile. Son troisième (notre petite malade) enfant vit, mais a eu des accidents multiples : à quatre mois, du pemphigus syphilitique soigné et guéri par l'iodure de potassium.

A deux ans, nouveaux accidents spécifiques traités avec succès par les bains de sublimé. Puis absence d'accidents pendant une période de huit ans. Elle a eu à dix ans une perforation du tympan, une suppuration de l'oreille, suivie de surdité, quoique l'enfant fût peu développée, chétive, etc.

A douze ans, des gommes suppurées de l'aisselle et du bras droit. A quatorze une kératite (que de médecins auraient considérée ainsi que les accidents survenus à l'âge de 10 et 12 ans comme des phénomènes de scrofule !)

Actuellement, enfin, la malade présente une gomme dans le creux poplité et une rétino-choroïdite.

Nous relevons donc chez cette jeune fille la polyléthalité dans sa

Digitized by Google

famille, des lésions caractéristiques du côté des yeux, des oreilles, des dents, des gommes du tissu cellulaire, un arrêt de développement des plus typiques.

Quant à la mère, elle a encore des manifestations syphilitiques. En 1871, c'est-à-dire huit ans après les accidents secondaires, elle a eu une gomme des fosses nasales et de la voûte du palais suivie d'une perforation, et un an après, affaissement du nez.

Entrée à Lariboisière pour ces lésions, M. Tillaux lui retira deux os et la soumit pendant dix mois à l'usage de l'iodure de potassium. Sous l'influence de ce médicament, l'écoulement nasal diminua, mais ne cessa pourtant jamais entièrement. Maintenant, depuis six mois cet écoulement est abondant et très fétide. Il y a un mois à peine, un fragment d'os nécrosé est tombé, et à l'examen on arrive sur des os mis à nu dans lesquels le stylet s'enfonce assez profondément.

L'affaissement du nez s'est produit non à la base comme il arrive quand la carie atteint les os propres, mais bien à la partie inférieure; ce sont le cartilage de la cloison et le vomer qui sont détruits en grande partie et ne soutiennent plus le nez.

On est donc autorisé à conclure encore dans ce cas : syphilis manifeste de la mère, syphilis héréditaire chez l'enfant.

Notons enfin qu'ici encore l'heureux effet du traitement spécifique a a pleinement justifié le diagnostic syphilis héréditaire tardive, et empêché le ramollissement de la gomme du creux poplité qui, non traitée, aurait abouti certainement à ces lésions périarticulaires graves décrites récemment par Heubner dans la syphilis héréditaire. (*Archives de Virchow*, t. 84.)

Observation IV.

Syphilis héréditaire tardive. Syphilide gommeuse ulcérée de la jambe gauche. Guerison rapide sous l'influence du traitement spécifique. Infection de la mère par un nourrisson syphilitique.

Van... 19 ans, entre le 9 décembre 1882, salle Saint-Louis, dans le service du professeur Fournier.

Père bien portant. Huit enfants dont six vivants. Les deux enfants morts sont le sixième et le septième. L'un d'eux (une fille) est mort d'un abcès dans la gorge, l'autre est mort accidentellement. Van... est le quatrième enfant.

La mère nourrissait son troisième enfant, fille qui serait bien portante d'après le malade et qui serait âgée de 3 ans de plus que lui, quand elle fut atteinte de « boutons dans la bouche, sur le corps et de chute des cheveux ». Or, à cette époque, elle nourrissait un enfant qui était un nourrisson syphilitique. Un procès fut intenté aux parents de cet enfant et la nourrice eut gain de cause et reçut des dommages et intérêts (peu considérables il est vrai, 500 francs).

Digitized by Google

Le malade ne peut dire si sa mère a été atteinte d'un chancre du sein. Toujours est-il que depuis cette époque, cette femme fut atteinte de lésions ulcéreuses graves du côté de la face; et qu'elle présente encore actuellement de vastes ulcérations au niveau de la jambe gauche.

Quant à lui, étant jeune, il a eu des glandes, des croûtes dans les cheveux.

Il aurait reçu il y a deux ans un coup de manche à balai dans l'œil gauche à la suite duquel il entra à l'hôpital d'Auxerre. Pas d'autres accidents à noter. Il prétend n'avoir jamais eu la syphilis ni aucune maladie vénérienne.

État actuel. Jeune homme petit, mais trapu, bien musclé.

Très légère taie sur la cornée gauche.

L'incisive droite médiane supérieure est échancrée et étroite et oblique convergente (dent de Hutchinson); la canine gauche supérieure présente à sa pointe une légère échancrure semi-lunaire. Léger nanisme de la deuxième incisive droite supérieure. Nanisme des deux incisives médianes inférieures qui sont légèrement échancrées à leur partie libre et moyenne. La canine droite inférieure est aplatie à sa pointe et présente deux surfaces plates au niveau desquelles l'émail est comme corrodé. La première molaire droite inférieure est lisse et a perdu ses cuspides. De même pour la première gauche inférieure. Prémolaires intactes.

Au niveau de la région lombaire droite, deux cicatrices irrégulières, un peu allongées, consécutives à des clous ?

Au niveau de la fesse gauche, légère induration avec cicatrice violacée du diamètre d'une lentille. Lésion analogue au niveau du jarret droit. Cicatrice blanche, déprimée au niveau de la cuisse droite.

Au niveau de la partie antérieure de la jambe droite il existe deux ulcérations vastes et d'apparence gommeuse :

1° Environ 3 centimètres en dessous de la rotule, ulcération allongée transversalement, ovalaire, longue de 4 centimètres environ sur 2 centimètres de large, à bords taillés à pic, adhérents, indurés, de couleur lie de vin, à fond raviné, putrilagineux et présentant ci et là quelques piquetés hémorragiques;

2° A environ 5 centimètres en dessous de celle-ci et couvrant toute la partie moyenne de la jambe, se trouve une ulcération irrégulière au premier abord, et qu'un examen superficiel démontre bientôt, bordée par un contour festonné, circulaire, indiquant parfaitement que cette ulcération provient de la confluence d'un plus ou moins grand nombre de lésions circulaires antérieures. Ses bords sont également taillés à pic, adhérents, indurés, d'un rouge vineux ; son fond putrilagineux, raviné et présentant ci et là un piqueté hémorragique. Cette ulcération atteint presque la largeur de la main.

Un peu au-dessus de l'ulcération de la jambe droite, le tibia est légèrement hyperostosé.

A la partie moyenne du dos, il existe cinq ou six lésions papulo-squammeuses qui proviennent selon toute apparence du frottement des sacs de charbon que porte le malade.

Quelques ganglions gros comme des haricots dans les plis inguinaux et dans les triangles sus-claviculaires.

Les muqueuses et les viscères paraissent sains; il en est de même de l'ouïe. Le malade, qui a un phimosis congénital, ne présente aucune cicatrice sur la verge.

Digitized by Google

Traitement : Iodure de potassium, 4 grammes; pansement occlusif avec le sparadrap de Vigo.

18 *décembre.* Grande amélioration.

8 *janvier.* L'amélioration continue et la cicatrisation ne tarde pas à devenir complète.

Réflexions.

Cette observation est des plus convaincante.

Les caractères objectifs des lésions présentées par ce sujet ne pouvaient faire hésiter un seul instant sur leur nature. D'autre part, les antécédents syphilitiques si nets chez la mère (infectée peu de temps avant la conception de cet enfant), les lésions dentaires du malade, la kératite, la cicatrice des fesses, permettent d'admettre d'une façon certaine le diagnostic, syphilis héréditaire tardive. Ici encore le traitement spécifique a amené une guérison rapide.

REMARQUES GÉNÉRALES.

Ainsi donc, de nos quatre observations, deux sont des cas *certains* de syphilis héréditaire tardive (ce sont les observations 3 et 4). Ici rien ne manque : antécédents spécifiques manifestes de la mère, début de la syphilis maternelle deux à trois ans au plus avant la naissance de l'enfant, existence d'accidents spécifiques maternels avant, pendant et après la conception; polyléthalité dans la famille; et chez l'enfant, lésions dentaires, cicatrices multiples de la peau et des fesses, lésions oculaires, otorrhée et arrêt de développement considérable, guérison rapide sous l'influence du traitement spécifique.

Nous avons vu que, bien que les antécédents des parents de la jeune négresse de l'observation 1 nous soient inconnus, la polyléthalité dans la famille du sujet, son arrêt de développement considérable, les lésions des dents et les cicatrices des fesses qu'elle présente doivent ici encore faire admettre par exclusion le diagnostic syphilis héréditaire tardive.

Quant au malade de l'observation 2, il est difficile croyons-nous, de dire si nous sommes en présence d'une syphilis héréditaire tardive ou d'une syphilis contractée dans l'enfance, en nourrice par exemple. Bien que dans ce cas l'on doive plutôt songer à une syphilis héréditaire tardive, ce diagnostic n'est pas démontré d'une façon absolue.

Nous signalerons dans ces quatre observations portant sur des sujets de 16 à 20 ans, l'arrêt de développement considérable des sujets n°s 1 et 2, leur aspect grêle, chétif, leur « syphilitic aspect » en un mot; notons encore la coïncidence remarquable entre la première apparition

Digitized by Google

des règles et l'heureux effet du traitement spécifique chez la négresse de l'observation 1.

Dans ces quatre observations (laissant de côté l'observation 4 où l'apparence spécifique des lésions était nette), les caractères objectifs des lésions ont présenté un aspect qui doit nous arrêter un instant. Dans ces différents cas, les lésions de la syphilis héréditaire ont pris l'aspect de celles de la scrofule, ou *mieux de la scrofulo tuberculose*. Chez la négresse (obs. 1) on a pu songer un instant à une vulvite tuberculeuse, d'autant plus que la malade présentait des signes, peu prononcés il est vrai, de tuberculose pulmonaire au début. Mais c'est surtout chez les sujets des observations 2 et 3 que cette apparence scrofuleuse était frappante. Certes un examen un peu superficiel aurait pu faire admettre un lupus vorax des muqueuses chez le n° 2, d'autant plus que les lésions osseuses, les cicatrices inguinales, les engorgements ganglionnaires antérieurs, auraient pu rendre ce diagnostic strume probable. Chez la malade de l'observation 3, laissant de côté les renseignements donnés par la mère, que de signes en apparence évidents de scrofule. Rien n'y manque : otorrhée, perforation du tympan, kératites ulcéreuses, cicatrices d'aspect écrouelleux aux aisselles, coryza chronique, etc.

Certes l'apparence strumeuse était bien prononcée, et que de médecins n'eussent pas hésité à poser le diagnostic scrofule. Et cependant, nous étions en présence de cas certains de syphilis héréditaire tardive. La syphilis héréditaire a donc pris chez nos sujets une apparence strumeuse des plus frappante; aussi est-il probable, comme le fait remarquer souvent M. Fournier dans ses cliniques, qu'un grand nombre de malades considérés comme scrofuleux, sont tout simplement des sujets atteints de manifestations tardives de la syphilis héréditaire. Il ne faut donc pas, avec les médecins anciens, dire que la syphilis produit la scrofule, mais dire que la syphilis héréditaire tardive prend souvent l'aspect de la scrofule.

De quels désordres irréparables une erreur de diagnostic n'aurait-elle cependant pas été la cause dans nos différents cas en particulier chez le malade de l'observation 2, si au lieu d'un traitement spécifique énergique, on avait donné le traitement antiscrofuleux. Combien de malades considérés comme « scrofuleux » auraient été sans doute guéris, et rapidement guéris si la fréquence de la syphilis héréditaire tardive avait été mieux connue des médecins, ou moins niée systématiquement par certains d'entre eux.

Dans les observations que nous relatons, le diagnostic n'a pas été hésitant un seul instant et dès le début M. Fournier a affirmé la syphilis héréditaire tardive. Aussi un traitement antisyphilitique actif a-t-il

Digitized by Google

promptement enrayé la marche des lésions, empêché de graves désordres, et amené la cicatrisation.

En effet, si les lésions de la syphilis héréditaire présentent souvent une grande ressemblance avec celles de la scrofule, la similitude n'est jamais absolue, et les observations précédentes le démontrent surabondamment. Il existe certains signes, tirés de la marche, de l'aspect objectif même des lésions, de la présence d'autres lésions plus caractéristiques, de l'aspect du malade, etc. qui doivent attirer l'attention du médecin et le mettre sur ses gardes, même si, comme cela arrive souvent, il ne possède aucun renseignement sur les antécédents héréditaires du sujet et sur les affections dont il a pu être atteint dans sa première enfance. Ces lésions de la syphilis héréditaire, tout en rappelant au premier abord les lésions de la scrofule, n'y ressemblent pas complètement, elles présentent une sorte de caractère mixte, de mélange de scrofule et de syphilis qui ne doit pas échapper au médecin compétent; elles évoluent rapidement en général, en tous cas beaucoup plus rapidement que les lésions scrofuleuses vraies; souvent on rencontre chez le même sujet d'autres lésions présentant un caractère syphilitique plus tranché, plus évident (lésion de la langue et de la luette dans l'observation 2; gommes sous-cutanées dans l'obs. 1). Enfin, l'aspect souvent spécial du sujet qui est loin de rappeler celui du scrofuleux (arrêt de développement considérable, obs. 3), aspect vieillot, peau terreuse, son « aspect syphilitique » en un mot comme le disent très bien les auteurs anglais, les lésions des dents si magistralement décrites par Hutchinson et que nous avons rencontrées dans nos quatre observations, les lésions des yeux (kératites, iridites, irido-choroïdites, retinites, etc.) car les kératites sont loin d'être l'apanage de la scrofule, les lésions des oreilles si fréquentes chez les syphilitiques, les cicatrices de la peau et des fesses en particulier sur lesquelles a tant insisté M. Parrot, tous ces signes qui, individuellement ne présentent qu'une valeur secondaire, une fois réunis en faisceau rendront le diagnostic syphilis héréditaire très probable et souvent certain.

Il existe d'ailleurs des cas où ce diagnostic entre les lésions scrofuleuses et celles de la syphilis héréditaire est entouré de la plus grande obscurité. Mais, signaler la possibilité de la syphilis héréditaire, c'est attirer l'attention du médecin, et le pousser à essayer, quand il doute (et il doit douter souvent) le traitement spécifique qui, nous en sommes persuadés, viendra souvent confirmer ce diagnostic, syphilis héréditaire tardive.

Digitized by Google

RECUEIL DE FAITS

LÉSIONS DE L'ÉPIDERME DES MAINS ET DES PIEDS, ECZÉMATIFORMES ET PEMPHIGOIDES SYMPTOMATIQUES DE TROUBLES TROPHIQUES CONSÉCUTIFS A UNE DERMATITE EXFOLIATRICE PROBABLE.

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. le professeur A. FOURNIER.

(Observation recueillie par M. le Dr Barthélemy.)

Puisque la thèse remarquable de notre ami, le Dr Brocq, en jetant de la netteté et de la lumière sur les affections encore si discutées de l'épiderme, a remis en honneur l'étude de la dermatite exfoliatrice, il nous a paru opportun de faire profiter l'observation suivante de l'intérêt qui s'attache à toute question d'actualité.

Il sera question ici de phénomènes *de lointaine conséquence* d'une dermatite exfoliatrice *probable*. Nous disons « probable », car l'affection, observée avant que le type morbide n'ait attiré l'attention d'Erasmus Wilson et de Vidal, fut méconnue et nous ne pouvons accepter son existence réelle qu'avec la réserve que comporte tout diagnostic rétrospectif.

Quoi qu'il en soit, voici le fait qui, même par lui-même, n'est pas dépourvu d'intérêt :

Robigeat, Alexandre, âgé de 44 ans, jardinier, ancien cultivateur, rentre dans le service de Fournier, salle Saint-Louis, lit n° 62, le 8 juillet 1882.

Antécédents. — Le malade est de constitution robuste et a toujours joui d'une bonne santé générale. Dans l'enfance, il a eu quelques poussées d'eczéma rétro-auriculaire. Jamais de gourme ni d'autre manifestation strumeuse. Jamais de convulsion ni de trouble nerveux quelconque. Le malade a eu de temps en temps quelques douleurs rhumatoïdes, poussées de rhumatisme musculaire exclusif, sans mouvement de fièvre. En réalité, l'artristisme chez lui est fort peu prononcé. Pas d'antécédents vénériens, pas d'antécédents héréditaires. En 1859, le malade dut venir dans le service du Dr Hardy qui le soigna pour un *eczéma impétigineux*. Voici dans quelles circonstances s'était développée l'affection : Au début de l'éruption, qui le prit soudainement au milieu d'une bonne santé, le malade dit avoir eu une fièvre plus violente et plus durable que pour une variole qu'il semble avoir eu quelque temps aupa-

Digitized by Google

ravant. Cet eczéma, qui fut généralisé, raconte très nettement le malade, dura environ deux mois et causa la chute de tout le système épidermique, y compris les cheveux, les sourcils et les ongles. Les poils du pubis même tombèrent en grande partie pendant que la peau se couvrait de larges écailles. Les ongles des pieds et des mains, décollés et soulevés par de petites nappes purulentes tombèrent aussi presque en même temps, au bout d'un mois et demi environ.

La dermatose guérit au bout de deux mois environ : mais l'affection persista aux mains et aux pieds et notamment aux régions palmaires et unguéales. Ces lésions furent assez longtemps soignées en province mais sans succès. Ce ne fut qu'au bout d'environ 8 ou 9 mois que le malade, en désespoir de cause, se décida à venir consulter à Paris. C'est alors que M. Hardy le reçut dans son service et le considéra comme atteint d'*eczéma impétigineux*. Le malade affirme qu'il se rappelle exactement cette dénomination et qu'il ne fut pas question d'autre maladie; soumis à un traitement antiphlogistique, composé de bains d'amidon, de cataplasmes de fécule et de poudres adoucissantes, le malade ne fût amélioré qu'au bout de huit mois. A ce moment, il fut complétement guéri; les cheveux, depuis longtemps, avaient reparu et les ongles repoussaient bien. L'affection cutanée de Rodigeat avait donc duré de 16 à 17 mois.

Dès lors le malade recouvra l'intégrité de sa santé jusqu'à *il y a six ans environ*, où il commença à avoir des crampes dans les mains et quelques douleurs dans les poignets. Ces phénomènes accompagnés de légers fourmillements étaient intermittents, médiocrement accentués et peuvent être considérés, peut-être, plutôt comme des phénomènes symptomatiques des lésions nerveuses au début que comme des accès de rhumatisme subaigu : ce qui tendrait encore à faire admettre cette hypothèse, c'est que bientôt se montrèrent, dans le creux des mains, des poussées de dermite superficielle, caractérisées par de la rougeur, des démangeaisons, puis des pustulettes remplies de sérosité claire ou purulente bientôt suivies de desquamation. Ces poussées, d'abord considérées comme des poussées d'eczéma récidivant, duraient quelques jours, puis disparaissaient et revenaient quelques semaines après.

Ces phénomènes se reproduisirent fréquemment ainsi, mais sans plus de gravité, dans l'espace de quatre ans.

En 1879, Rodigeat eut une de ces poussées mais beaucoup plus intense et plus durable qui le ramena à l'hôpital Saint-Louis, mais cette fois dans le service du professeur Fournier; cette poussée fut extraordinairement violente et amena la déformation complète des doigts des mains ; car cette fois, épargnant absolument les pieds, la dermatite superficielle resta limitée aux deux mains où elle affecta une disposition tout à fait symétrique : Les régions dorsales restèrent à peu près indemnes; les surfaces palmaires furent fortement atteintes, mais ce furent surtout les doigts et notamment les extrémités qui furent intéressés. Les extrémités unguéales furent bientôt remplacées par des bourgeonnements irréguliers, sortes de végétations exulcérées, saignantes, ne ressemblant à aucun type pathologique connu; c'est alors que M. Fournier fit faire le moulage que l'on peut voir encore aujourd'hui au musée de l'hôpital Saint-Louis. Les productions végétantes stalagmiformes finirent par se pédiculiser au point de tomber, et au bout de 14 ou de 15 mois, quand la cicatrisation survint, les extrémités digitales étaient déformées en renflements

Digitized by Google

de massue, lisses, dépourvus d'ongle, sans bourgeonnement ni autre irrégularité.

C'est à cette époque encore que M. Fournier conseilla à l'un de ses élèves de faire, dans sa thèse inaugurale, la description clinique pure et simple de ce fait sans le contraindre à rentrer bon gré mal gré dans un cadre nosologique quelconque. En effet, les diagnostics le plus divers avaient été portés sur ce fait insolite. M. E. Pasquet fit paraître sa thèse avec le titre suivant : « Etude sur une affection non encore décrite des mains, considérée comme un eczéma dégénéré » (Paris, Lecrosnier) : tel était, en effet, dans son travail, le diagnostic de M. Lailler, doyen des médecins de l'hôpital Saint-Louis.

M. Pasquet dit qu'il décrit une sorte d'eczéma des mains, mais que vu la symétrie des lésions et quelques symptômes nerveux, il incline à regarder les lésions actuelles comme les expressions d'une trophonévrose. Sur ce point, ajoute-il, l'observation reste à continuer. C'est ce que nous venons faire aujourd'hui, non seulement en admettant mais en affirmant la nature trophonévrotique de l'affection et en la considérant comme une conséquence tardive d'une dermatite exfoliatrice.

Tous les phénomènes que nous avons décrits plus haut évoluèrent, d'ailleurs, sans vives douleurs, à part les cuissons inséparables d'une excoriation un peu étendue.

C'est vers la fin de la période décrite par M. Pasquet, c'est-à-dire pendant que les lésions cutanées tendaient à se réparer que les *troubles trophique* apparurent pour la première fois d'une façon manifeste; certains muscles commencèrent à s'atrophier ; les os des phalanges diminuèrent de volume, changèrent de forme, subirent une sorte d'incuvation à concavité supérieure, éprouvant aussi un commencement de résorption interstitielle, car ces modifications semblaient s'exercer sur toute la masse des os et d'une façon presque uniforme.

Peu après, les phalangettes subirent à leur tour une modification de forme qui est très remarquable : toutes, elle s'infléchirent à angle droit sur la phalangine de façon que tous les doigts, les pouces exceptés, ressemblent, depuis cette époque, à de petits marteaux. La peau qui recouvre ces extrémités déformée est amincie, cicatricielle, certainement atrophiée aussi : cependant elle se laisse plisser et elle n'est pas absolument collée au périoste comme dans les cas des sclérodactylie vraie.

Plus tard, les extrémités des doigts se recouvrirent de lamelles cornées, irrégulières de longueur, de forme et d'épaisseur, qui sont des ongles tout à fait rudimentaires.

La paume des mains, quand le malade sortit, était à peu près cicatrisée partout, excepté sur le pouce gauche et l'annulaire droit : Néanmoins le malade put reprendre ses travaux manuels assez pénibles d'horticulture jusqu'au commencement de l'année 1882.

Dès lors, le malade dut venir de temps en temps à la consultation parce que des poussées de dermite reparurent aux extrémités digitales et aux surfaces palmaires d'une façon plus fréquente et plus intense : elles étaient caractérisées par une éruption de pustulettes ou de pustules purulentes qui en crevant, entraînaient l'excoriation puis la desquamation de la peau. Ces lésions sont exulcéreuses plutôt qu'ulcéreuses et ne dépassent pas l'épaisseur de la peau ; *elles semblent même évoluer surtout dans les couches les plus profondes de l'épiderme*, et ne pas dépasser le corps de Malpighi. C'est là que

Digitized by Google

se produisent des pustules, des bulles et même de petites phlyctènes purulentes, qui, par leur disposition irrégulière, leur aspect insolite, ne peuvent être rangées ni dans l'eczéma ni dans le pemphigus vrais ni dans aucune autre classe de dermatoses bien définies. Cette multiplicité même des modes éruptifs porte à faire croire que l'on se trouve bien en face de lésions cutanées consécutives à des troubles trophiques.

Plusieurs autres moulages de trophonévrose cutanée se trouvent au musée, dans lesquels on peut observer également la coexistence de plusieurs lésions élémentaires et l'impossibilité de rattacher le cas à l'une d'elle plutôt qu'à une autre.

Dans le cas qui nous occupe, les troubles trophiques ne portent pas seulement sur la peau, mais, comme nous l'avons déjà dit, affectent encore les os et les muscles. Un fait doit être noté, c'est que les régions affectées ne sont pas limitées à un département spécial de l'innervation, à un nerf déterminé, mais sont étendues à la totalité de la main. Cette disposition, en dépit de la symétricité des lésions, tendrait à faire croire qu'il s'agit là d'une affection plutôt du système nerveux périphérique que des troncs ou des centres nerveux.

Les réseaux nerveux de l'épiderme et du derme ont été si violemment altérés par la dermatite qu'ils se sont trouvés par la suite incapables d'assurer la nutrition des tissus qu'ils étaient chargés d'innerver. Les lésions musculaires et osseuses, qui n'ont apparu que longtemps après les lésions cutanées, seraient les conséquences de la propagation de l'altération nerveuse allant de la périphérie au centre à la façon wallérienne.

La santé générale de cet homme est, d'ailleurs, excellente, et l'examen le plus attentif ne fait pas découvrir chez lui le moindre phénomène anormal pouvant relever d'une affection quelconque des centres nerveux. Il n'est donc pas possible d'admettre que les lésions des mains et des pieds en soient les expressions.

Les poussées d'inflammation et de souffrance de la peau, analogues à celles que nous venons de décrire, sont devenues de plus en plus fréquentes, puis presque subintrantes. Elles entravent le malade dans ses travaux manuels au point qu'il demande à rentrer dans le service.

Pour combattre son mal, les moyens les plus variés ont été employés sans succès :

Les douches de vapeur, d'eau, les bains émollients prolongés, les pulvérisations, les cataplasmes de fécule, les applications d'eau légèrement glycérinée, les gants de caoutchouc, le liniment oléo-calcaire, le pansement ouaté et le pansement occlusif par les bandelettes de Vigo ne donnèrent que des résultats peu satisfaisants et peu durables. Les douches froides, les préparations de noix vomique, tous les toniques, les applications de courants continus (8 à 15 éléments) et même de temps en temps des séances d'électricité faradique restèrent également sans succès.

Et les poussées de dermite se continuent et se succèdent. Quand elles guérissent, il est évident que la médication n'y est pour rien.

4 août 1882. — Le corps muqueux de Malpighi est le siège d'un état d'un état congestif suraigu. Sur quelques points, la mince couche épidermique est soulevée par de petites phlyctènes purulentes.

6 août. — Les ongles sont réduits à une simple lamelle cornée qui n'est même pas continue. Sur le médius, depuis deux jours, les débris unguéaux sont soulevés par des phlyctènes purulentes aplaties comme celles de la paume de la main. Ces phlyctènes siègent non seulement sous l'ongle, dans le

Digitized by Google

lit de l'ongle, mais en pleine matrice unguéale. On en trouve quelques autres disséminées à la face palmaire des doigts. Mais c'est à la paume de la main qu'on en voit le plus abondamment. Ce *sont de petits lacs purulents* développés dans l'épaisseur des couches épidermiques ou entre l'épiderme et le derme et variant de la grosseur d'un grain de millet à celle d'un pois. Peu à peu ils décollent, ils détruisent les stratifications épidermiques et amènent la desquamation. Puis de nouveaux lacs purulents se forment sous l'épiderme rose et mince de nouvelle formation et ainsi de suite, de sorte que la lésion est entourée par une épaisse collerette d'épiderme dur et corné, à la limite de la desquamation.

16 *août.* — Le malade présente sur la face externe de la jambe droite ainsi que sur les fesses une poussée d'érythème squameux qui a, à la jambe, un aspect purpuriforme. Il est certain que, si l'on ne voyait que ces points malades, personne n'hésiterait à porter le diagnostic d'eczéma. L'état des lésions trophiques n'est pas modifié.

17 *août.* — Sur la plaque d'eczéma de la jambe, on observe, outre la coloration purpurique, une foule de vésicules miliaires à contenu purulent ; sur les coudes, c'est-à-dire, sur presque tous les points qui sont exposés à une pression ou à un frottement quelconque, apparaissent aussi de la rougeur et des vésicules, nombreuses surtout à droite.

30 *août.* — Les lésions des mains subissent évidemment depuis quelques jours une exacerbation assez violente. L'épiderme est toujours très rouge ; les lacs purulents sont toujours larges, inégaux et nombreux. La température locale est manifestement augmentée. La douleur est très modérée. La sensibilité n'a jamais été atteinte.

Traitement. — L'ergot de seigle et la noix vomique n'ont pas donné de résultat satisfaisant. A titre de médicament vaso-constricteur, le sulfate de quinine est prescrit à la dose d'un gramme par jour, en deux fois. Le traitement local consiste exclusivement pour l'instant en compresses de tarlatane trempées dans l'eau de guimauve.

6 *octobre.* — Les poussées palmaires ont évolué pendant toute la durée du mois de septembre. Depuis le commencement du mois, elles s'éteignent : la rougeur est moins vive ; les lacs purulents sont moins nombreux, moins étendus, se desséchent promptement et donnent lieu à la desquamation. C'est par une simple desquamation occupant toute l'épaisseur de la couche cornée que les parties malades se distinguent, sans transition des parties saines.

L'état des doigts, des ongles, des métacarpiens, ne s'est pas aggravé sous l'influence de cette poussée exaspérante. La poussée semble n'avoir envahi que l'épiderme et notamment l'épiderme palmaire. Les exaspérations ont été symétriques et simultanées.

Vers la fin du mois de septembre, un nouveau phénomène était survenu consistant en poussée, apparaissant pour la première fois au niveau de la plante des pieds qui subirent le même processus morbide que la paume des mains, mais avec une intensité et une étendue un peu moindres. Le pied droit surtout fut atteint.

Ces phénomènes s'accompagnèrent d'un état fébrile assez prononcé (40° pendant environ trois ou quatre jours; cette fois du moins l'acuité du processus eczématiforme ne saurait être mis en doute.

10 *octobre.* — Les lésions persistent à l'état squameux ; elles sont évidemment moins accentuées que pendant le mois précédent mais elles n'ont pas une grande tendance à une amélioration définitive ; elle gardent l'aspect d'un

Digitized by Google

eczéma squameux très prononcé et très profond, occupant spécialement les régions palmaires et plantaires. Toute fièvre est tombée ; a-t-elle été accidentelle, coïncidente ou symptomatique ?

Quant aux placards eczématiformes, apparus au niveau des coudes et des jambes, ils sont aujourd'hui complétements guéris. L'état général est satisfaisant. Les urines sont normales. Le malade a toujours eu la bouche, la langue et les joues absolument intactes. Les cheveux, la barbe, les poils sont abondants.

18 *octobre.* — Sur les membres exclusivement, se montrent çà et là un certain nombre de plaques rougeâtres ou brunes, dues à la congestion et non à la pigmentation, au niveau desquelles il n'existe aucune anesthésie, et qui donnent lieu à des sensations de cuisson plutôt qu'à des démangeaisons.

22 *octobre.* — Elles ne tardent pas à devenir squameuses. En ne voyant qu'elles, on ne peut réellement pas songer à autre chose qu'à l'eczéma peu intense d'ailleurs et peu étendu.

Entendant cette opinion, le malade, découragé par les insuccès des diverses médications employées et se souvenant du traitement prescrit par M. Hardy, demande à être soumis au sirop alcalin (sirop de saponaire 500 gr., bicarbonate de soude, 30 gr.) ; on lui en donne deux cuillerées par jour, et un centigramme par jour d'arséniate de soude.

28 *octobre.* — Les lésions du pied sont loin de rétrocéder ; elles n'augmentent pas non plus. Autour des plaques qui se dépouillent de la couche cornée épidermique, se forme une épaisse collerette limitée par un liséré déchiqueté. La partie centrale laisse voir la rougeur livide du corps de Malpighi, qui est parsemé aussi de lacs purulents.

Novembre. — L'évolution des lésions est la même aux pieds qu'aux mains ; après avoir duré une semaine environ, les lacs purulents crèvent leur enveloppe épidermique qui se sèche et se détache. Quand la desquamation s'est faite, de nouvelles collections purulentes ne tardent pas à apparaître, et ainsi de suite. D'ailleurs, il n'y a jamais eu production d'ulcération.

Quant aux extrémités des orteils, elles ne présentent rien de spécial ; les ongles tombés avec les autres phanères, à la suite de la maladie primordiale, n'ont jamais repoussés, mais ni la forme ni les dimensions des orteils n'ont été modifiées.

Février 1883. — Actuellement, le malade va un peu mieux en ce sens que la poussée a perdu de son acuité ; mais la rougeur et la desquamation persistent et le malade est toujours incapable de reprendre ses travaux.

En face de cette résistance des lésions à tous les moyens employés jusqu'à ce jour, ne pourrait-on pas tenter empiriquement l'élongation des nerfs, qui, dit-on, est capable de modifier puissamment leur nutrition ?

Le professeur Fournier a fait faire de cette étonnante affection deux nouveaux moulages qui ont été rejoindre l'ancien au musée de l'hôpital.

Dr Barthélemy.

Digitized by Google

REVUE CRITIQUE.

LE PSORIASIS BUCCAL DE BAZIN

(Ichthyose linguale de **S. Plumbe**. — Leukoplakia buccalis de **Schwimmer**, — Leucoplasie buccale de **E. Vidal**. — Kératosis de **Kaposi**. — Stomatite épithéliale chronique d'**Ernest Besnier**),

Par **P. MERKLEN**.

Il est à peine besoin de rappeler les contradictions et les obscurités que l'on rencontre à chaque pas dans l'histoire du psoriasis buccal. Est-ce une affection bien définie ? Quelle est sa nature ? Quelles sont ses affinités avec le psoriasis cutané ? Est-il possible de lui assigner une étiologie univoque ?

Les importants travaux de ces dernières années permettent de répondre à quelques-unes de ces questions. L'affection décrite par Bazin a pris droit de cité dans tous les traités de dermatologie et il est facile au point de vue clinique d'en reproduire les principaux traits. Mais, comment la définir ? Ici, commencent les difficultés malgré l'abondance des matériaux et la rigueur des renseignements. Quelles sont ses causes ? La syphilis et rien que la syphilis, affirme Kaposi. Les irritations banales, réplique Schwimmer. Et sans nier le rôle très réel mais secondaire et inconstant de ces éléments étiologiques, la plupart des dermatologistes français, suivant la tradition de Bazin, invoquent l'arthritisme comme condition prédisposante et fondamentale.

Ce simple exposé suffit à justifier cette revue, inspirée par notre maître M. Ernest Besnier. Pour fixer nettement l'état de la question et mettre en évidence ses desiderata, il est nécessaire de reprendre successivement ses diverses parties : historique, symptômes et lésions, étiologie et nature, enfin, transformation épithéliomateuse. Dans chacun de ces chapitres, les points les plus obscurs et les plus controversés tiendront la principale place.

Digitized by Google

I

Schwimmer (1), dans un travail très complet sur le psoriasis buccal qu'il appelle leukoplakia buccalis (de λευκος, blanc, πλαζ plaque), fait remarquer que l'historique de cette question est tellement confondu avec celui des autres affections buccales, notamment de la syphilis, qu'il est impossible de trouver des renseignements autorisés dans les ouvrages des siècles passés. Puis il range en trois catégories les auteurs modernes qui s'en sont occupés :

1° Ceux qui considèrent l'affection buccale comme semblable à des dermatoses du tégument externe.

2° Ceux qui la considèrent comme syphilitique.

3° Ceux qui la considèrent comme une affection idiopathique sans stricte unité de causes.

Nous ne pouvons mieux faire que d'emprunter au savant dermatologiste de Buda-Pesth ses renseignements historiques, tout en ne suivant pas ses divisions trop schématiques, et en faisant quelques additions nécessaires.

Comme partisans de la première opinion, (identité de l'affection linguale avec certaines dermatoses généralisées) , il faut citer tout d'abord Alibert (2), qui parle d'une ichthyose de la langue chez une malade atteinte d'ichthyose généralisée, et Rayer (3) qui, chez un homme du reste bien portant, a observé un développement morbide des papilles de la langue tout à fait analogue à celui des ichthyoses cutanées locales. Samuel Plumbe (4), signale sans plus de détails un cas du même genre et c'est à cet auteur qu'est généralement attribuée la dénomination d'ichthyose linguale. Cette expression, la première en date, basée sur un des aspects extérieurs de l'affection, mais impropre de l'avis unanime, est encore employée par la plupart des dermatologistes anglais et américain. La coïncidence entre la soi-disant ichthyose linguale n'a été en réalité constatée que deux fois, d'abord par Alibert, plus récemment par

(1) Schwimmer. — Die idiopathischen Schleimhautplaques der mundhöhle. Leukoplakia buccalis (Vierteljahressch. fur dermatologie und syphilis 1877. p. 511 et 1878, p. 53.

(2) Alibert. — Précis théorique et pratique sur les maladies de la peau, Paris, 1818. T. II p. 170.

(3) Rayer. — Traité théorique et pratique des maladies de la peau, 1833. T. II, p. 618

(4) Samuel Plumbe. — Practical treatise on the diseases of the skin. London 1837. p. 514.

Digitized by Google

CHURCH (1). Ce dernier auteur rapporte l'histoire d'une jeune fille atteinte d'inocclusion du trou de Botal et d'un rétrécissement de l'aorte, chez laquelle on avait constaté pendant la vie un état ichthyosique de la langue et des lésions analogues de divers points de la peau.

Avant BAZIN, qui donna le nom de psoriasis buccal à l'ichthyose des auteurs anglais, quelques dermatologistes avaient signalé la possibilité de l'extension du psoriasis cutané aux muqueuses et notamment à la muqueuse buccale : tels GIBERT (2) et WILSON (3). Les renseignements qu'ils donnent sont trop vagues pour qu'on puisse en tirer aucune conclusion, et l'on sait aujourd'hui que la coïncidence du psoriasis buccal vrai avec le psoriasis cutané est chose exceptionnelle. Voici en effet ce que dit à ce sujet M. LAILLER dans une note inédite, reproduite par GUBLER (4). « Dans la plupart des cas, cette lésion est limitée à la bouche, et on n'observe aucune éruption concomitante à la peau ; aussi l'embarras est-il grand pour établir le diagnostic, et ce n'est qu'en s'appuyant sur quelques cas fort rares où avec cet état de la bouche coïncidait une éruption psoriasique non douteuse, que l'on a cru pouvoir lui donner le nom de psoriasis. » M. VIDAL a confirmé cette manière de voir dans une leçon récente : « Ce n'est que par une coïncidence excessivement rare, tout exceptionnelle, qu'il pourrait vous arriver de voir la leucoplasie buccale chez un homme atteint de psoriasis. Pour ma part, j'en ai trouvé un exemple cette année. C'est le premier que j'aie jamais vu. M. Lailler, dans sa longue pratique, a également observé une seule fois cette coïncidence. Il n'y a pas de psoriasis des muqueuses ; l'affection squameuse de Wilson est exclusivement cutanée (5). »

La dénomination de psoriasis buccal n'a donc pas sa raison d'être dans les coïncidences de l'affection avec le psoriasis cutané. Et cependant, en la proposant, BAZIN, semble avoir voulu établir une analogie entre la dermatose et l'endermose, ainsi qu'en témoigne cette phrase. « A côté du psoriasis arthritique, tel que nous venons de le décrire, nous plaçons une affection squameuse de la muqueuse buccale, que nous désignons sous le nom de psoriasis buccal (6). » Déjà, en 1873,

(1) CHURCH. — Saint-Bartholomews Hosp. Rép. Vol. I, in Clarke's Diseases of the tongue. London 1873, p. 101.

(2) GIBERT. — Traité pratique des maladies de la peau, 1860. p. 426.

(3) WILSON. — Journal of cutaneous medicine. London, 1868. p. 318.

(4) GUBLER. — Article Bouche. (*Dict. encyclop.*)

(5) VIDAL. — De la leucoplasie buccale. Leçon recueillie par Thuvilen. (*Union médicale*, nos 1 et 4, 1883.)

(6) BAZIN. — Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse. 2e édition, p. 272. Il n'est pas inutile de rappeler ici, suivant la juste remarque de M. Ernest Besnier, que Bazin employait le terme de psoriasis d'une manière courante, comme synonyme d'exfoliation. Il n'attachait pas à cette désignation le sens strictement défini qu'elle a aujourd'hui.

Digitized by Google

M Debove (1), se basant sur l'anatomie paihologique, se séparait sur la question de nature des idées de son maître. La même année, il est vrai, M. Mauriac les acceptait et les développait en s'appuyant également sur l'anatomie pathologique : « Cette dermo-phlegmasie superficielle chronique aboutissant à une hypercrinie de ses éléments normaux de sécrétion qui n'obéissant plus à leur mutation incessante, s'accumulent au lieu de s'éliminer, et se condensent en squames : qu'est-ce que cela sinon le psoriasis ? (2) » Cette opinion compte quelques partisans. Fairlie Clarke et Tilbury Fox, cités par M. Lailler (3), pensent que la description de Bazin et de M. Debove répond à des affections diverses. Et parmi elles ils citent un petit nombre d'altérations de la langue qui répondent réellement au psoriasis cutané. Pour ces cas l'expression serait donc justifiée.

Il était utile de rechercher l'origine du terme employé par Bazin et le sens qu'il y attachait. En réalité, l'illustre dermatologiste s'est attaché surtout aux caractères objectifs et à l'étiologie de l'affection ; il a laissé de côté la question de nature. C'est en partant d'un point de vue très analogue que Kaposi, deux ans avant Bazin, avait décrit sous le nom de psoriasis mucosæ oris et linguæ certaines formes de la syphilis buccale. (4) C'est là une cause de confusion qu'il est nécessaire de signaler. Le même mot est appliqué à des choses différentes. Voici, d'après Schwimmer, l'histoire de cette seconde espèce de psoriasis buccal.

Le premier auteur qui ait pensé au terme de psoriasis pour la syphilis des muqueuses est Baumès (5) qui signale l'analogie entre les plaques buccales et le psoriasis syphilitique ; le passage où Baumès établit ce rapprochement a trait aux plaques opalines. Herbert Mayo (6) en insistant sur la propagation du psoriasis syphilitique à la muqueuse buccale, et sur la coïncidence constante des manifestations muqueuses et cutanées de cet ordre, était allé plus loin que Baumès, sans cependant se prononcer catégoriquement. Vidal de Cassis (7), avait dit également que certaines syphilides buccales caractérisées par des taches rouges et blanches avec épaississement épithélial, se produisaient en même temps que les syphilides squameuses de la paume des mains et étaient de même

(1) Debove. — Le Psoriasis buccal. Thèse Paris, 1873.

(2) Mauriac. — Du Psoriasis de la langue et de la muqueuse buccale. Union médicale 1873-1874.

(3) Lailler. — Leçons sur quelques affections cutanées. 1877. p. 55.

(4) Kaposi. — Die syphilis der Schleinhaut der mund.-Rachen.-Nasen u. Kehl-Kopfhöhle. Erlangen, 1866, p. 83.

(5) Baumès. — Précis théorique et pratique sur les maladies vénériennes, Lyon, 1841.

(6) Herbert Mayo. — Treatise on syphilis. London, 1840.

(7) Vidal. — Traité des maladies vénériennes. Paris, 1859. p. 438.

Digitized by Google

nature. Mais, c'est l'école de Vienne qui a définitivement proclamé cette assimilation en donnant aux syphilides buccales de cet ordre, le nom de psoriasis.

Voici d'abord ce qu'en a dit SIGMUND (1) : « Dans quelques cas de syphilis buccale, la rougeur de la muqueuse est moins marquée, et l'épithélium est trouble ou fait défaut par places. On constate sur la langue quelques îlots d'infiltration, caractérisés par une consistance dure au toucher, et par des taches lisses et laiteuses. Ces lésions comme les érosions irrégulières de la langue à leur voisinage, donnent à l'organe un aspect spécial qu'on ne peut mieux exprimer que par le terme de *psoriasis lingual*, car la desquamation en est la véritable caractéristique. »

Ce passage important montre qu'en 1863, cinq ans avant la description du psoriasis buccal de Bazin, Sigmund appelait psoriasis lingual, les plaques opalines de la syphilis secondaire. En 1866, Kaposi (2), réunit sous le nom de psoriasis mucosæ oris et linguæ, diverses manifestations de la syphilis buccale, rappelant quant à leur constitution anatomique non le psoriasis syphilitique, comme l'avaient dit Baumès et Mayo, mais le psoriasis cutané vrai. Developpant cette idée dans ses travaux ultérieurs (3), le professeur de Vienne distingue le psoriasis buccal (plaques opalines) et le keratosis buccal, qui répond à ce que nous appelons en France le psoriasis buccal. Le keratosis, pour Kaposi, est l'aboutissant du psoriasis, ainsi qu'on peut en juger par le passage suivant :

« Les altérations que nous venons de décrire (psoriasis, plaques opalines) en se renouvelant pendant des années, disparaissant sur un point et se reproduisant sur un autre, donnent naissance à un état que j'ai désigné sous le nom de kératosis de la muqueuse de la bouche et de la langue. »

On sait que dans les cas graves de psoriasis syphilitique de la paume de la main et de la plante du pied, les écailles d'épiderme s'accumulant les unes sur les autres, acquièrent une épaisseur et une dureté telles qu'elles ne peuvent plus se briser que par morceaux, et finissent avec le temps par former une croûte, une sorte d'écaille, ou de cuirasse plus ou moins continue, cornée, traversée de part et d'autre, par des ponts et des fentes; c'est ce qu'on nomme le psoriasis corné.

De même, avec le temps, l'épithélium de la muqueuse buccale atteinte

(1) SIGMUND. — Aertzlicher Bericht aus dem allg. Krankenhause. Wien, 1863. p. 126.

(2) KAPOSI. — Loc. cit.

(3) KAPOSI. — Die syphilis der haut u. Angrenzend-Schleimhaute s. Atlas Wien, 1874. III. lief. p. 173. — Pathologie und Therapie der syphilis, 1881, loc. cit,

Digitized by Google

de psoriasis (1) subit la transformation cornée (keratosis). » Et l'auteur continue sa description qui se rapporte bien au psoriasis de Bazin.

Ainsi pour Kaposi, le keratosis, qui est notre psoriasis, succède aux plaques opalines de la syphilis, et il ajoute que cette affection reconnait toujours pour cause une syphilis antérieure.

Il va sans dire que ces idées et cette terminologie n'ont pas été adoptées par la plupart des dermatologistes. Seuls, O. Weber, Baümler et Kohn les ont reproduites; il importe d'en être prévenu, afin de ne pas s'exposer à des interprétations erronées dans la lecture de leurs travaux.

C'est autant pour éviter la confusion introduite dans la science par cette équivoque, que pour remplacer une expression inexacte, que quelques auteurs ont proposé des termes nouveaux. Schwimmer l'a appelée *leukoplakia*; plus récemment M. Vidal l'a étudiée, sous le nom de *leucoplasie* (de λευκος, blanc, πλασσειν, former). M. Ernest Besnier (2) l'appelle *stomatite épitheliale chronique*, terme préférable à celui de psoriasis qui, dit-il, a introduit dans la question une grande confusion. En 1858, un médecin allemand, Ullmann (3), avait observé et décrit un cas très net de psoriasis lingual, qu'il avait nommé *tylosis*, mais ce fait était resté unique, et n'avait pas eu de retentissement. Le terme de tylosis est néanmoins employé par Fairlie Clarke et M. Lailler, pour désigner une forme spéciale du psoriasis lingual qui aboutit à l'épithélioma.

Enfin, pour terminer ce qui a trait à cette trop longue synonymie, nous rappellerons, que dans une thèse souvent citée, Buzenet (4) décrivit sous le nom de *plaques des fumeurs* une localisation particulière du psoriasis buccal, siégeant sur la muqueuse des joues; il considérait ces plaques comme des brûlures chroniques et rapportait deux observations dont l'une due à M. le professeur Fournier.

Nous ne pouvons poursuivre cet historique, surtout destiné à montrer les phases successives par lesquelles a passé la question du psoriasis buccal. Aujourd'hui, Kaposi défend presque seul l'origine exclusivement syphilitique de cette affection, et en fait une manifestation directe ou indirecte de la diathèse. La plupart des dermatologistes décrivent sous le nom de psoriasis, ichthyose, leucoplakia, leukoplasie une stomatite chronique, dont le caractère clinique et anatomique le plus saillant est la transformation cornée de l'épithélium buccal, mais dont la cause n'est

(1) Kaposi. — Pathologie und Therapie der syphilis, p. 205.
(2) Note à la traduction des leçons sur les maladies de la peau de Kaposi. — T. II. p. 329.
(3) Ullmann. — Bagerisches ärtzliches. Intelligenzblatt. 1858.
(4) Buzenet. — Le chancre de la bouche thèse, inaugurale. Paris, 1858.

Digitized by Google

nullement spécifique; à la vérité, la syphilis peut intervenir dans son étiologie à titre de cause adjuvante, mais elle manque dans un grand nombre de cas; c'est ainsi que l'ont comprise et décrite un grand nombre d'auteurs dont nous mettrons à profit les travaux : En Allemagne, Schwimmer, en Angleterre, Hulke, Paget, Henri Morris, Fairlie Clarke, Tilbury Fox, Drysdale, Acton etc., en France Bazin, Lailler, Debove, Mauriac, Vidal. C'est à eux aussi que l'on doit des données complètes sur la transformation épithéliomateuse du psoriasis, question très discutée par les chirurgiens dans ces derniers temps et que nous réservons pour une prochaine revue.

II

Les caractères principaux du psoriasis buccal à sa phase d'état ont été signalés par Bazin dans sa première description. Ce que l'on connaît moins bien, c'est son début. Celui-ci, en effet, passe le plus souvent inaperçu à cause de l'absence ou du peu d'intensité des phénomènes subjectifs. C'est par hasard que le malade ou le médecin constate les premières plaques blanches linguales. Mais l'affection se développant par poussées successives, il est possible de saisir des plaques naissantes et de suivre leur évolution. Or, il résulte des observations de Schwimmer, comme des descriptions de M. Mauriac et de M. Vidal, que les taches blanches succèdent à des taches rouges. Le stade des plaques blanches est donc précédé d'un stade erythémateux caractérisé par des macules rouges, lisses ou parsemées sur la langue de granulations de la grosseur d'une tête d'épingle dues à la tuméfaction des papilles fongiformes. A ce moment, l'épithélium n'est pas encore altéré et la lésion paraît uniquement constituée par une hypérémie de la couche superficielle du derme avec gonflement par exsudation de certaines régions papillaires.

Le stade erythémateux dure plusieurs mois (Schwimmer). Les taches rouges passent successivement au blanc bleuâtre, au blanc grisâtre, au blanc d'argent; en même temps, elles s'étendent et deviennent confluentes. Mais ces transformations s'opèrent avec une remarquable lenteur. Fait important affirmé par Schwimmer, tant que la lésion est progressive, les plaques sont entourées d'un liséré hypérémique filiforme; celui-ci disparu, leur extension est momentanément ou définitivement arrêtée.

L'hypérémie de la muqueuse semble donc marquer le début du processus et l'épithélium ne subit qu'à la longue le contre-coup de cette altération. Sa vitalité se modifie, il se trouble, s'épaissit, s'indure et ainsi donne naissance aux plaques blanches. Celles-ci se présentent sous

Digitized by Google

la forme d'îlots arrondis ou de traînées, mais elles varient suivant leur siège.

Sur la langue, ce sont, au début, de petits disques de la grandeur d'un grain de chanvre jusqu'à celui d'une lentille. Les papilles, à leur niveau, sont comme tassées, aplaties (Vidal); primitivement saillantes, elles finissent par se confondre dans l'ensemble de la lésion. Les petites plaques sont tantôt de niveau avec la muqueuse saine qui les environne, d'autres fois légèrement bombées, d'où un aspect granuleux spécial que nous avons nettement constaté chez une malade observée avec M. Ernest Besnier. Plus tard, elles sont déprimées, paraissant être le siège d'une petite rétraction cicatricielle (Schwimmer). Leur coloration, d'abord d'un blanc bleuâtre comme si la rougeur congestive des papilles était masquée par un écran blanc transparent (Schwimmer), passe au blanc mat et au blanc nacré. Il est nécessaire pour la bien constater, d'enlever à l'aide d'un linge l'enduit normal de la langue.

La consistance de la muqueuse au niveau des plaques est légèrement augmentée; l'induration dont elles sont le siège tient à la fois à l'infiltration du derme et à l'état corné de l'épithélium.

A ce degré, la lésion peut rétrocéder ou du moins s'arrêter sous l'influence d'un traitement bien dirigé. Plus souvent les plaques s'étendent, deviennent étoilées et irrégulières, puis confluentes; elles recouvrent alors la face dorsale de la langue d'une cuirasse complète d'un blanc nacré et brillant, de consistance fibreuse, à surface lisse par suite de l'affaissement des papilles atrophiées. A un examen attentif à l'œil nu ou avec la loupe, l'on voit de très légers sillons transversaux et antéro-postérieurs qui divisent cette surface en une série de champs polygonaux, d'où l'aspect ichthyosique qui a frappé les premiers observateurs. Ces sillons, par le fait des mouvements incessants de la langue, comme aussi de la fragilité de l'épithélium, deviennent le siège de craquelures, puis d'érosions et de fissures plus marquées sur les bords de l'organe. Il est nécessaire pour les bien voir, d'étendre et d'étaler la langue; à leur niveau, le derme mis à nu est le point de départ de suppurations et d'indurations secondaires très gênantes et très douloureuses.

Le psoriasis lingual a été décrit par la plupart des auteurs comme une affection squameuse. La desquamation en est-elle réellement un phénomène caractéristique? Voici ce qui a été écrit à ce sujet : « L'affection est caractérisée par de petites pellicules blanchâtres, à contours tantôt unis et tantôt irrégulièrement dentelés. Ces pellicules, qui paraissent liées à une altération spéciale de l'épithélium et des papilles sous-jacentes, forment souvent des bandelettes étroites et longitudinales. *Très adhérentes*, elles font à peine saillie à la surface de la muqueuse; elles sont sèches et rugueuses au toucher, etc. » Bazin, dans cette description, semble

Digitized by Google

rejeter la possibilité de la desquamation. M. Debove en dit ce qui suit : « Il existe encore d'autres ulcères (indépendemment des fissures, etc.) qui se forment non plus par déchirure, mais par chute de l'épithelium ; cette desquamation donne lieu à des ulcères souvent arrondis, présentant un diamètre variable, et qui, au bout d'un certain temps, se recouvrent de nouvelles couches épithéliales (1). » M. Mauriac signale la desquamation mais sans détails. « C'est sur les plaques ou disques isolés que les squames atteignent leur plus grande épaisseur, qu'elles deviennent véritablement cornées et se détachent sous forme de folioles blanchâtres à contours minces, unis ou dentelés (2). » Dans ses leçons de l'année dernière, M. E. Vidal est plus catégorique : « Les plaques blanchâtres s'étendent en surface ; la desquamation d'abord fine, ne tarde pas à se modifier. Quand l'affection aura duré plusieurs mois et même plusieurs années, vous verrez de larges plaques d'une coloration gris blanchâtre, ou blanc mat, le plus souvent d'un blanc nacré, semblables à celles que produisent les attouchements au crayon de nitrate d'argent. Ces productions épidermiques peuvent être enlevées par lamelles plus ou moins épaisses, sur une longueur de un, deux et même trois centimètres (3). »

Récemment, un malade du service de M. Ernest Besnier nous donnait des renseignements qui concordent avec les descriptions qui précèdent. Cet homme atteint de psoriasis buccal invétéré, assure qu'à maintes reprises, il lui est arrivé d'arracher de sa langue des lambeaux d'épiderme épaissi qui l'incommodaient. On peut constater actuellement sur le fond blanc nacré de sa muqueuse lingnale des macules d'un rouge terne recouvertes d'un léger vernis et par conséquent d'une mince couche épithéliale, macules qui paraissent répondre à d'anciens placards de psoriasis maintenant desquamés. Ce même malade, depuis que son attention a été attirée sur ce point, a montré de petits lambeaux déchiquetés, opalins, minces et diphthéroïdes qu'il enlève par le grattage avec l'ongle. Mais cet enlèvement n'est pas constamment possible, à moins de violence bien entendu. La desquamation est donc ici un fait éventuel, non régulier et non essentiel comme dans le psoriasis cutané. (Communication de M. Ernest Besnier.)

Nous rappellerons encore que M. le professeur Fournier (4) invoque la desquamation épithéliale comme un des caractères différentiels les plus frappants entre le psoriasis lingual et la glossite scléreuse syphilitique.

Il était utile de réunir les témoignages sur ce point, et cela d'autant plus que ce caractère, la desquamation, doit entrer en ligne de compte

(1) Debove, loc. cit., p. 14.
(2) Mauriac, loc. cit., p. 36.
(3) Vidal, loc. cit. p. 2.
(4) Des glossites tertiaires, 1877, p. 52.

Digitized by Google

pour déterminer la nature de l'affection. Schwimmer n'en parle pas dans sa description clinique ; mais il conclut des lésions histologiques qu'il a constatées que la chute de l'épithélium est la conséquence fatale de sa dégénérescence.

La langue n'est pas seule intéressée dans le psoriasis buccal. Il est rare que la muqueuse des joues et des lèvres reste indemne. Chez quelques sujets, les joues présentent quelques plaques isolées, en l'absence de toute autre altération buccale. Ordinairement l'affection génienne marche de front avec le psoriasis lingual. Les taches et plaques qui la caractérisent sont remarquables par leur irrégularité due sans doute aux mouvements incessants de la région ; elles sont réunies entre elles par des traînées blanchâtres suivant ou non la direction des dents. A un degré plus avancé, les taches et les tractus se sont réunis et forment par leur confluence un placard blanc et consistant dont la forme est celle d'un triangle à sommet postérieur, à base répondant aux commissures labiales. C'est cette lésion qu'on appelle plaque des fumeurs, quand elle est isolée.

On trouve simultanément sur les lèvres des lésions diverses : état corné de l'épithélium sur leur surface muqueuse libre, plaques semblables aux plaques géniennes, érosions douloureuses dues à la fragilité épithéliale, enfin développement exagéré des glandules mucipares formant surtout sur la lèvre supérieure un semis de granulations blanches de la grandeur de grains de semoule (Mauriac). Cette hypertrophie glandulaire très accentuée dans quelques cas de psoriasis buccal, existe normalement chez quelques sujets ; nous l'avons observée même chez des enfants.

Les gencives, surtout chez les sujets édentés, sont comme les joues le siège de traînées et de plaques. Enfin la muqueuse palatine peut présenter les lésions du psoriasis confluent.

En résumé, la leucoplasie envahit toute la muqueuse buccale, à l'exception de la face inférieure de la langue qui, généralement, reste indemne. M. Mauriac insiste sur l'intégrité du pharynx et du larynx et assigne à l'affection comme limite postérieure l'isthme du gosier. Cette règle comporte des exceptions. Le malade dont nous parlions tout à l'heure est atteint en effet de psoriasis laryngé et pharyngé et cette extension, au dire de notre maître, n'est pas aussi rare qu'on l'a cru.

Nous laissons de côté, quant à présent, la terminaison du psoriasis buccal par épithélioma. Mais nous devons dire un mot du développement, exagéré des papilles que l'on peut observer sur la langue en cas de leucoplasie invétérée : « Alors, dit M. Vidal, que la plus grande partie de la surface dorsale de la langue est atteinte, vous verrez certains points revêtir l'aspect papillomateux, se hérisser de petites saillies acuminées, coniques

Digitized by Google

et cornées, rudes au toucher comme les papilles de la langue d'un chat, et susceptibles de se détacher. Vous avez là ce que je considère comme le deuxième stade de la leucoplasie buccale, l'état papillomateux qui confine à la transformation épithéliomateuse et qui en est ordinairement le début, tout au moins le degré intermédiaire (1). »

M. Mauriac avait signalé déjà ces végétations papillaires. « C'est à la phlogose chronique concentrée plus spécialement sur certains points qu'il faut rapporter l'hypertrophie de quelques groupes de papilles isolées qui se constituent en végétations sessiles, mamelonnées, peu saillantes, parsemées de petits bourgeons rouges, séparés par des sillons remplis d'épitélium nacré ou d'un blanc d'argent. Dans ces papillomes, qui sont et restent habituellement bénins, l'élément épithélial ne paraît pas prédominer (2). »

Schwimmer distingue au point de vue de la marche et du pronostic, une leukoplakia bénigne qui guérit ou reste stationnaire, et une leukoplakia maligne qui se termine par cancer. Mais entre ces deux formes extrêmes de l'affection, il signale un intermédiaire. Sans se transformer en épithélioma, la leucoplasie peut donner naissance à des gonflements et des épaississements néoplasiques constitués pour une bonne part, par un développement exagéré du tissu conjonctif et des papilles. Ces néoplasmes, dit-il, tiennent le milieu entre les tumeurs indifférentes et les tumeurs malignes. Le même auteur cite un cas de papillome sans tendance à l'infection, observé par lui depuis quatre ans et développé sur une plaque de psoriasis buccal ; il rappelle un fait du même genre publié par Wagstaffe (3). Mais il insiste sur la rareté et l'anomalie de ces deux accidents. Le propre de la leukoplakia est, en effet, de produire en même temps que l'hypersécrétion épithéliale une véritable atrophie des papilles ; et le développement exagéré des papilles filiformes et fongiformes qui peut accompagner l'affection, conséquence de l'irritation inflammatoire diffuse, s'observe à côté et non au niveau des plaques.

C'est le lieu de rappeler la distinction faite par Clarke entre le psoriasis lingual et la tylose linguale. Nous empruntons ces renseignements à M. Lailler (4). « A côté du psoriasis lingual, il est une autre affection confondue avec lui par M. Debove et que Clarke appelle la tylose ; cette affection est caractérisée par des plaques dures, cornées, *verruqueuses*, très adhérentes ; au-dessous d'elles, la muqueuse est ulcérée ; la guérison survient en s'accompagnant de cicatrices. Enfin, contrairement au

(1) Vidal, loc. cit., p. 2.
(2) Mauriac, loc. cit., p. 38.
(3) *Med. Times and Gazette*, 1875. 30 janvier.
(4) Lailler. — Leçons sur quelques affections cutanées, 1877, p. 56.

Digitized by Google

psoriasis, on observe souvent dans ces cas une transformation en épithélioma.»

De l'ensemble de ces données sur l'état papillomateux compliquant le psoriasis lingual, il nous semble légitime, jusqu'à plus ample informé de conclure ce qui suit : La muqueuse linguale peut présenter simultanément les plaques blanches épithéliales avec atrophie papillaire et au voisinage de celles-ci un état lichenoïde du au contraire à l'hypertrophie papillaire. Ces lésions sont la conséquence d'un même processus inflammatoire évoluant différemment par places ; peut-être s'agit-il encore de degrés, d'âges différents de l'affection, car il ne faut pas oublier que l'hypertrophie papillaire existe au début de l'affection, à son stade érythémateux. Quant au papillome vrai, non épithéliomateux, il se manifeste exceptionnellement au niveau de plaques de psoriasis.

Nous avons peu insisté dans l'exposé des symptômes du psoriasis sur les signes fonctionnels. C'est qu'ils sont peu marqués. Un peu de gêne dans la mastication et la parole, une sécheresse incommode de la muqueuse buccale, sont les seuls phénomènes accusés par les malades au début. Plus tard, les fissures et les érosions deviennent le siège de sensations douloureuses exagérées par les mouvements de la langue et surtout par le contact des corps irritants et même des aliments. Fait assez inattendu, le goût est conservé ou à peine émoussé. Quelques malades sont affligés d'une salivation continuelle et abondante et l'on peut constater simultanément un peu d'endolorissement des glandes sous-maxillaires et sublinguales.

III

L'anatomie pathologique du psoriasis buccal est d'un grand secours pour la nette compréhension de l'affection. Quelle est l'importance respective, quelles sont les relations des lésions dermiques et épidermiques, tel est le point intéressant à résoudre ?

Debove avait conclu de l'examen histologique de deux cas de cancroïdes entés sur d'anciens psoriasis à la prépondérance des altérations du derme ; le psoriasis, avait-il dit, est une cirrhose de la muqueuse linguale avec épaississement de l'épithélium. Il signalait en même temps, l'infiltration de jeunes cellules dans le chorion de la muqueuse.

« J'ai constaté dans la leucoplasie linguale, dit M. Vidal, l'aplatissement des papilles qui ressemblent alors à celles de la peau, la dilatation des vaisseaux et l'accumulation de leucocytes autour des parois vasculaires ; j'ai constaté également, comme tous les auteurs, l'infiltration de cellules embryonnaires et l'hyperplasie conjonctive des couches super-

Digitized by Google

ficielles du chorion muqueux. Quant à l'épiderme, il est extrêmement épaissi et on y trouve les cellules de la couche profonde atteintes de l'altération vésiculeuse. C'est l'état commun des cellules épidermiques en desquamation active (1). »

Les préparations histologiques de M. Debove comme celles de M. Vidal proviennent toutes de langues commençant déjà à être atteintes d'épithélioma.

Schwimmer a fait, en collaboration avec Babesiu, l'examen microscopique de fragments de psoriasis buccal non dégénéré enlevés sur le vivant. Pour ces auteurs comme pour les précédents, la lésion primordiale et fondamentale est une infiltration de jeunes cellules dans les couches superficielles du chorion et le sommet des papilles. Cette néoformation succédant à l'hyperhémie est surtout marquée autour des vaisseaux qui paraissent être le point de départ de l'altération. La diapédèse des globules blancs et la prolifération des cellules du tissu conjonctif y prennent une égale part.

Si le processus est peu intense, les papilles conservent leur individualité. A un degré et surtout à un âge plus avancé, l'infiltration embryonnaire est telle que les papilles sont indistinctes et perdues dans l'ensemble de la lésion. Les cellules qui résultent de l'hyperplasie sont d'autant plus petites et plus abondantes que la lésion est plus aiguë. Quelques éléments fusiformes sont disséminés çà et là au milieu des cellules embryonnaires. A la limite du derme et de l'épithélium, les vaisseaux sont effacés et bientôt étouffés par le tissu de granulation.

Le tissu conjonctif sous-muqueux ne reste pas étranger à ce travai inflammatoire. Schwimmer signale une accumulation d'éléments embryonnaires autour des glandes sous-muqueuses dont l'endothélium est lui-même proliféré. Ce fait est intéressant à mettre en regard de la sécheresse spéciale accusée par quelques malades.

Mais que devient l'épithélium ? Il est diversement altéré suivant le degré de la lésion. Transformation cornée des couches superficielles et atrophie de la couche de Malpighi, telles sont ses lésions définitives. Un premier point qui ressort des examens de Schwimmer est l'empiètement des cellules proliférées du chorion sur la couche profonde de l'épithélium, de telle sorte que la limite du derme et de l'épiderme n'est plus distincte; la disparition du feston papillaire n'est pas moins caractéristique. Dans les points les plus altérés, les cellules de Malpighi sont indistinctes ; ne se laissant plus colorer par le carmin, elles sont mêlées à des détritus granuleux et graisseux. Leur atrophie rend compte de l'aspect déprimé et cicatriciel de quelques plaques de psoriasis. Ailleurs, l'infiltration du

(1) *Loc. cit.*, p. 38.

Digitized by Google

chorion étant moins prononcée, les cellules de Malpighi ont perdu leur forme cylindrique pour devenir plates ; mais elles se laissent encore colorer par le carmin et l'hématoxyline, ce qui démontre une dégénérescence moins avancée. Le plus souvent quelques rares cellules d'épithélium cylindrique sont encore visibles et confinent à deux ou trois rangées d'épithélium polyèdrique ; celui-ci, à mesure qu'on se rapproche de la surface libre, devient de plus en plus sec, ratatiné, même graisseux ; finalement il se perd dans une épaisse couche d'épithélium corné. L'épaississement de l'épithélium est dans ces points de 2 à 3 millimètres.

Ces lésions épithéliales, quoique secondaires, sont importantes, car elles donnent à l'affection ses caractères objectifs les plus nets. Comme le dit Schwimmer, ce sont ces épaississements épithéliaux qui, combinés avec l'infiltration du chorion et la compression des vaisseaux superficiels, déterminent la saillie, l'opacité et la couleur blanche des plaques. Et, d'autre part, on comprend aisément, ajoute le même auteur, que les couches superficielles de l'épithélium mal nourries et finalement dépourvues de vie devront tomber par desquamation, fait non caractéristique, mais qu'il ne faut pas perdre de vue dans la discussion de nature.

La description histologique de Kaposi diffère peu des précédentes; nous la reproduisons à titre de document :

« Ainsi que je l'ai établi dès l'année 1866, et comme il résulte aussi des recherches ultérieures et plus exactes de Nedopil, de Schwimmer et Babesiu (les faits de ces derniers auteurs étant pour moi d'origine syphilitique pour la plupart), le psoriasis de la muqueuse buccale est constitué par une inflammation chronique du chorion, de la muqueuse et tout d'abord de la couche papillaire de celui-ci, et les symptômes cliniques correspondent précisément aux diverses périodes de cette inflammation. Dans les périodes initiales de la maladie, c'est une hyperhémie circonscrite et une infiltration cellulaire correspondant à l'inflammation syphilitique (papuleuse) ; comme conséquence de cet état, gonflement, prolifération, mais rapidement aussi trouble et soulèvement du revêtement épithélial de la muqueuse (plaques opalines récentes). A une époque avancée de la maladie, on trouve une inflammation diffuse qui se manifeste au point de vue histologique par une infiltration dans le chorion de cellules disposée sous forme de foyers, particulièrement suivant la direction des vaisseaux, par une hypertrophie des cellules du réseau de Malpighi, et par un épaississement de ce réseau, ainsi que de la couche des cellules cornées. A une période encore plus avancée, on trouve, en outre, des infiltrations cellulaires, une sclérose de la muqueuse avec compression des vaisseaux et épaississement de leur tunique adventice, dépôt de pigment, destruction de la couche de Malpighi, accumulation plus ou moins considérable de cellules en voie de transformation cornée, etc... »

Digitized by Google

La première partie de cette description ayant trait aux plaques opalines montre qu'au point de vue histologique elles ne diffèrent que peu des plaques de psoriasis au début. La fin de la description qui se rapporte au kératosis répond à peu près au psoriasis invétéré tel que nous l'entendons. Il est à remarquer cependant que Kaposi insiste sur la sclérose et l'artérite, tandis que Schwimmer n'en parle pas.

Nous reviendrons sur ces faits en discutant la nature de l'affection et ses relations avec les glossites syphilitiques.

(A suivre.)

Digitized by Google

REVUE DE DERMATOLOGIE

DE LA SCROFULE DANS SES RAPPORTS AVEC LA PHTHISIE PULMONAIRE.

(Thèse d'agrégation en médecine de M. le docteur **Quinquaud**, Paris, 1883.)

Le travail de revision auquel l'ancienne scrofule est soumise en ce moment, ses affinités de plus en plus incontestées avec la tuberculose d'une part, la syphilis héréditaire de l'autre, rendaient particulièrement difficile et délicate la tâche imposée à M. Quinquaud. Il l'a remplie néanmoins avec un grand bonheur, passant tous les termes du problème au double crible de la science et de la clinique, exposant avec une entière franchise le certain et le douteux, le vrai et le faux.

Que faut-il comprendre aujourd'hui sous le nom de scrofule ? Cette question devait être résolue avant toute autre, et l'auteur lui consacre la première partie de son travail. C'est en d'autres termes, pour la plus grande part, la discussion des rapports de la scrofule et de la tuberculose.

Après un chapitre d'historique très complet, qui montre la marche des idées et les tendances actuelles à identifier les deux maladies, M. Quinquaud pose nettement les termes du problème. Il réside surtout dans la détermination de la matière tuberculeuse. Est-ce un produit spécifique nettement caractérisé ? Cela conduit à passer en revue les criteriums employés, et l'auteur inscrit franchement sa pensée en tête de ce chapitre : Le principe fondamental du diagnostic de la matière tuberculeuse repose sur l'association des criteriums anatomo-pathologique, microbique, expérimental et clinique.

Le criterium anatomo-pathologique, malgré sa valeur, donne la probabilité et non la certitude. Pour reconnaître la spécificité, il faut s'adresser au criterium microbique et expérimental. Le criterium microbique promet d'être fécond en applications et en résultats. Les recherches de Koch sur le bacille tuberculeux avec ses caractères presque spécifiques permettront peut-être dans un avenir prochain, de diagnostiquer la matière tuberculeuse dans les produits scrofuleux. C'est une question à l'étude. Quant au criterium expérimental, sa valeur est plus grande, à condition que l'on opère méthodiquement les cultures et les inoculations en série. « Lorsqu'une matière provenant de produits dits scrofuleux contiendra des bacilles tuberculeux, lorsqu'elle sera inoculable en série, après culture méthodique, on sera en droit d'admettre que la substance est probablement de nature tuberculeuse. La certitude ne sera pas encore permise, car il sera indispensable de prouver que d'autres microbes ne peuvent pas donner lieu à des altérations analogues. » « Et

Digitized by Google

quand tous ces criteriums auront été consultés, il faudra toujours en appeler au tribunal suprême du criterium clinique. »

Armé de ces criteriums, M. Quinquaud passe en revue les états morbides considérés comme scrofuleux. Il rejette tout d'abord la scrofule viscérale (quatrième période de Bazin); il s'agit là de tuberculoses localisées dans les poumons, les organes génito-urinaires, etc. Pour les arthrites fongueuses, dites scrofuleuses, il conclut que la tuberculose peut en revendiquer un certain nombre; de même pour les synovites fongueuses. Quant aux lésions osseuses autrefois attribuées à la scrofule, elles sont souvent syphilitiques.

Viennent ensuite le lupus, les angines et les adénopathies scrofuleuses. Pour M. Quinquaud, le genre lupus comprend des affections disparates au point de vue de leur nature ; on peut le diviser en : 1° lupus scrofuleux ; 2° lupus syphilitique ; 3° lupus de nature inconnue. Le lupus scrofuleux est-il une tuberculose locale ? Le criterium anatomo-pathologique y démontre des follicules tuberculeux, mais cette lésion n'a rien de caractéristique. Le criterium expérimental conduit à des résultats contradictoires. Les résultats négatifs de certaines inoculations tiennent peut-être à l'imperfection de la méthode. Quant au criterium clinique, il n'est pas décisif pour M. Quinquaud. Il existe à la vérité une tuberculose cutanée qui diffère du lupus; mais rien n'empêcherait que le lupus fût une autre variété de tuberculose cutanée. Enfin, contrairement à l'opinion ancienne, le lupus peut accompagner ou suivre la phthisie pulmonaire. Les observations de MM. Besnier et Lailler ne laissent aucun doute sur ce point. On voit en clinique, dit M. Ernest Besnier, ce que les expérimentateurs n'ont pu réaliser, l'auto-inoculation, l'auto-infection des lupeux devenant phthisiques. En résumé, le lupus reste indécis quant à sa nature scrofuleuse ou tuberculeuse. La recherche du bacille tuberculeux et l'inoculation en série sont nécessaires pour trancher la question.

L'auteur a la conviction qu'un certain nombre d'angines dites scrofuleuses ulcéreuses sont de nature syphilitique. Seul le lupus de la gorge peut être considéré comme scrofuleux. Les angines tuberculeuses en sont nettement distinctes.

Quant aux adénopathies dites scrofuleuses, l'anatomie pathologique, l'expérimentation et la clinique sont d'accord pour démontrer qu'un certain nombre d'entre elles sont tuberculeuses. Sont également à retrancher de l'adénopathie scrofuleuse, les écrouelles syphilitiques, dont M. Quinquaud donne deux observations, l'une personnelle, l'autre due à M. le professeur Fournier.

Ce chapitre de revision se termine par quelques réflexions sur la scrofule des prisons, des soldats, des vieillards. L'auteur tend à croire qu'il s'agit le plus souvent de tuberculose.

Après ce démembrement, il semble que l'ancienne scrofule n'existe plus. L'auteur se garde d'avancer une affirmation aussi catégorique, et il concède encore à cette maladie un certain nombre de manifestations tégumentaires, ganglionnaires et même osseuses et articulaires.

Il faut bien le reconnaître, ces conclusions ne sont pas toutes satisfaisantes pour l'esprit. Peut-être dans la pensée même de l'auteur sont-elles trop réservées ? Mais il faut lui savoir gré de s'être conformé rigoureusement aux règles scientifiques qu'il a posées en commençant : n'enlever à la scrofule que ce que les criteriums strictement appliqués permettent de donner à la

Digitized by Google

tuberculose, laisser aux travailleurs de l'avenir le soin de résoudre les problèmes encore insolubles.

Quant à présent, la scrofule ne doit pas être rayée de la pathologie, et M. Quinquaud signale même quelques caractères propres à cette maladie. Dans la scrofule bien caractérisée, il a pu constater une pléthore protoplasmique cellulaire : les éléments des parenchymes contiennent, sans altération amyloïde, trois ou quatre fois plus d'azote qu'à l'état normal. Le sang renferme un peu moins d'hématies que chez un sujet sain ; mais, fait plus important, ces hématies sont pauvres en hémoglobine. Enfin il existe chez ces mêmes malades une diminution de la fonction respiratoire qui se révèle par une moindre quantité d'acide carbonique exhalé.

La scrofule étant délimitée, l'auteur aborde dans la deuxième partie de sa thèse, l'étude de ses rapports avec la phthsie pulmonaire. Pour cela, il passe en revue les modalités de cette affection dans les diverses manifestations scrofuleuses :

1° *Adénopathie scrofuleuse et phthisie pulmonaire.* L'adénopathie précède, accompagne ou suit la phthisie. Souvent elle est atténuée ou guérie depuis quelques années ; plus souvent qu'on ne le dit, l'adénopathie plus ou moins généralisée, accompagne ou précède de peu la phthisie. Rien ne distingue du reste cette phthisie de la forme commune, sauf peut-être une marche plus lente. La suppuration des ganglions surtout paraît retarder ou masquer l'évolution de la phthisie, sans doute en raison de la révulsion qui en résulte.

2° *Lésions osseuses, périostiques, articulaires dites scrofuleuses et phthisie pulmonaire.* — M. Quinquaud tend à considérer toutes ces lésions comme tuberculeuses. Plus souvent qu'on ne le croit, la tuberculose pulmonaire est la première manifestation; après une ou deux hémoptysies, elle reste silencieuse; les lésions articulaires ou osseuses de même nature surviennent un ou deux ans après et attirent seules l'attention. Enfin, au bout de dix ans, vingt ans même, le malade succombera avec tous les signes d'une phthisie pulmonaire, quelquefois, après avoir subi deux, trois amputations ou divers raclages d'abcès froids. Dans d'autres cas, à la vérité, la phthisie est consécutive, évoluant sous la forme aiguë ou subaiguë. Mais le plus ordinairement, il s'agit d'une tuberculose pulmonaire primitive latente et à évolution lente, avec signes fonctionnels totalement absents et signes physiques très atténués; cette marche spéciale est peut-être due à la révulsion occasionnée par l'articulation ou l'os lésé.

3° *Lupus et phthisie pulmonaire.* — Le lupus considéré par Bazin comme une scrofule fixe, par Hebra comme une espèce pathologique spéciale, coïncide fréquemment avec la phthisie ou se termine par elle. Ce fait plaide en faveur de la nature tuberculeuse de la lésion. L'auteur reproduit ici deux observations dues à M. Ernest Besnier, remarquables par la succession de diverses manifestations scrofulo-tuberculeuses. Dans la première, un lupus tuberculeux guéri fut suivi au bout de trois ans d'une pleurésie, de gommes scrofulo-tuberculeuses épipériostiques et finalement de phthisie. Voici le titre de la seconde observation : Lupus tuberculo-ulcéreux à forme galopante du centre de la face et de la cavité buccale. Traitement actif par les caustiques et les scarifications. Guérison très belle. L'année suivante, altération de la santé, poussée aiguë d'adénite cervicale scrofulo-tuberculeuse. A la fin de la quatrième année, mort par phthisie pulmonaire.

Comme dans la scrofule osseuse et articulaire, la tuberculose pulmonaire

Digitized by Google

existe souvent à l'état latent dans le lupus. Quand les troubles fonctionnels surviennent, la lésion est déjà avancée. Il importe donc de la rechercher. La fréquence relative de la phthisie dans le lupus ne peut du reste être déterminée quant à présent.

Existe-t-il une phthisie scrofuleuse? C'est la dernière question posée et résolue par M. Quinquaud. Il répond catégoriquement par la négative. Mais, ajoute-t-il, chez les scrofulo-tuberculeux, la phthisie pulmonaire offre des nuances cliniques qu'il est bon de mettre en relief. A ce point de vue, il distingue :

1° *Les modalités cliniques, suivant le rapport de l'état général à l'état local.* Le peu de retentissement de graves lésions pulmonaires sur l'état général est la conclusion la plus nette qui s'en dégage.

2° *Les modalités cliniques dépendant de la marche :* torpide, aiguë, subaiguë.

3° *Les modalités cliniques dues à des complications :* néphrites parenchymateuses avec ou sans œdème, dégénérescence amyloïde du foie, de la rate, etc., catarrhe bronchique.

Nous ne pouvons poursuivre cette analyse déjà trop longue. L'importance du sujet la demandait ainsi, et les mérites de l'ouvrage justifiaient un exposé complet. Le lecteur impartial partagera notre avis, et l'œuvre de notre maître et ami restera comme un modèle d'érudition, de critique scientifique et clinique.

P. MERKLEN.

AFFECTIONS CUTANÉES D'ORIGINE NERVEUSE.

I. — ÉTUDE SUR L'HERPÈS ZOSTER ET EN PARTICULIER DE SON ÉTIOLOGIE, par G. T. JACKSON. (*The medical Record*, 27 janvier 1883, p. 98.)

II. — PEMPHIGUS FOLIACÉ GUÉRI PAR LES COURANTS CONTINUS ET INDUITS, par le Pr DE AMICIS. (*Rivista clinica e terapeutica*, février 1882.)

III. — CHUTE DE L'ONGLE DES GROS ORTEILS CHEZ UN MALADE ATTEINT D'ATAXIE LOCOMOTRICE, par A. JOFFROY. (*Arch. de physiol.*, janvier 1882.)

IV. — CHUTE SPONTANÉE DES ONGLES CHEZ LES ATAXIQUES, par A. PITRES. (*Progrès médical*, 25 février 1882.)

V. — CHUTE SPONTANÉE DES ONGLES CHEZ UN ATAXIQUE, par ROQUES. (*Union médicale*, 6 juillet 1882.)

VI. — CHUTE SPONTANÉE DE L'ONGLE DES GROS ORTEILS CHEZ UN MALADE NON ATAXIQUE, par A. JOFFROY. (*Union médicale* 6 août 1882.)

VII. — CAS DE MYXŒDÈME AVEC QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'ORIGINE NERVEUSE DE LA MALADIE, par ALLAN MC. LANE HAMILTON. (*The medical Record*, New-York, 9 décembre 1882, p. 645.)

Digitized by Google

VIII. — Cas d'un enfant présentant des symptômes analogues a ceux du myxœdème, par le Dr Coxwell. (*Clinical society of London*, et *British med. journal*, 20 janvier 1883.)

I. — Cet article est un résumé assez succinct de ce qui est actuellement connu sur le zona. En étudiant plusieurs cas de cette affection qu'il a eu à traiter, l'auteur a remarqué que la plupart de ses malades avaient eu des peines morales, de violents chagrins, et il a été conduit à se demander si ces émotions intellectuelles n'étaient pas un élément un peu trop négligé dans l'étiologie du zona.

Sur les cinq observations qu'il rapporte, elles existaient quatre fois: le premier malade était très surexcité, et très affligé de la vie dissipée qu'il avait menée jusque-là; le deuxième et le troisième avaient des enfants qui se conduisaient mal, le quatrième n'arrivait qu'avec beaucoup de difficulté à gagner de quoi vivre. L'auteur cite en outre deux autres cas : l'un, celui d'une dame fort bien portante d'ordinaire qui fut prise soudainement d'un zona à la suite de grandes inquiétudes; et l'autre, celui d'un jeune homme dont une syphilis secondaire avait complètement déprimé le moral. L. BROCQ.

II. — Le malade qui fait l'objet de cette observation avait une éruption chronique de pemphigus localisé à la face interne du membre inférieur droit. La nutrition de cette partie du corps avait beaucoup souffert : amaigrissement notable, contracture musculaire maintenant la jambe en demi-flexion, peau recouverte par des lames épidermiques jaune verdâtre très épaisses, cachant un épiderme rosé en quelques points, rouge foncé en d'autres ; çà et là phlyctème et points dénudés, sièges d'une exsudation séro-purulente.

Divers traitements locaux ou généraux furent inutilement prescrits (arsenic, fer, quinquina, bains tièdes prolongés, emplâtre diachylon, liniment alléo-calcaire, pommade à l'acide chrysophanique); mais il n'en fut pas de même de l'électricité.

De Amicis la prescrivit sous forme de courants alternativement induits et constants. Les séances duraient environ dix minutes. Les effets de la cure dépassèrent toute attente. Après moins de 26 séances, toute éruption nouvelle de bulles avait disparu. Bientôt le membre malade eut repris le volume de l'ancien, la contracture cessa, la peau reprit sa coloration normale, et le processus foliacé fit place à de la desquamation pityriasique. Le malade voulut malheureusement quitter l'hôpital avant que la guérison fût complète. JULLIEN.

III à VI. — La chute spontanée des ongles des gros orteils n'avait

Digitized by Google

guère attiré l'attention des observateurs, et jusqu'à ces derniers temps on n'avait guère eu l'idée d'en faire un trouble trophique : les diverses observations dont nous rapportons les titres montrent qu'il s'agit peut-être, dans un certain nombre de cas, d'altérations symptomatiques de lésions de la moelle ou des nerfs. De même que le mal perforant peut se développer parfois sous l'influence de l'ataxie confirmée ou à son début, la chute des ongles peut se rencontrer dans la même affection spinale.

Observée aux deux pieds dans la première observation de M. *Joffroy* et précédée d'une ecchymose, la chute des ongles a été également bilatérale dans les deux cas de M. *Pitres*, où elle s'est reproduite à plusieurs reprises, sans paraître avoir été précédée de semblables ecchymoses. Dans le cas de M. *Roques*, il ne s'agit plus, comme dans les précédents, d'une ataxie confirmée et classique, mais bien d'un tabès fruste et évidemment à ses débuts : les douleurs fulgurantes étaient à peu près absentes; mais la multiplicité des douleurs viscérales, leurs caractères et l'absence du réflexe rotulien, enfin l'anesthésie plantaire ont permis d'établir le diagnostic; dans cette observation, l'un des ongles tomba après l'apparition d'une ecchymose sous-unguéale et les mêmes phénomènes commencèrent à se montrer du côté opposé. M. *Joffroy* signale encore un nouveau cas assez analogue à celui de M. Roques, à la fin de sa deuxième observation.

On peut donc voir, à diverses périodes de l'ataxie, la chute des ongles des gros orteils précédée ou non d'ecchymose sous-unguéale, en même temps qu'il y a ou non de l'anesthésie du pied, et ces phénomènes peuvent ou non avoir été précédés de douleurs fulgurantes au niveau des gros orteils. Ils peuvent se répéter un certain nombre de fois, sont suivis de la reproduction d'un ongle généralement altéré, parfois presque intact. Enfin le traumatisme ne paraît jouer qu'un rôle ou accessoire ou absolument nul.

Mais la deuxième observation de M. *Joffroy* montre que la chute des ongles n'est pas spéciale aux ataxiques : son malade était atteint d'une lésion cérébro-spinale qui n'a pas été absolument déterminée et qui était peut-être une sclérose en plaques. De plus, semblable altération a été vue à la suite de plaies des nerfs et dans la glycosurie.

La valeur séméiologique de ce signe reste donc à établir par de nouvelles observations, de même que sa fréquence et sa pathogénie.

GEORGES THIBIERGE.

VII. — Le cas que rapporte l'auteur est celui d'une femme de 55 ans, mariée, ayant eu sept enfants et une fausse couche. Plusieurs membres de sa famille sont morts de maladie de cœur, et son père présenta pendant longtemps des symptômes semblables à ceux que l'on observe chez

Digitized by Google

elle. Il y a un an qu'elle a vu ses règles pour la dernière fois. Il y a environ dix-huit mois, elle devint pâle et sa figure enfla, sa parole devint embarrassée, elle prononçait surtout mal les mots qui contenaient des linguales. L'exercice était pénible ; elle éprouvait de la difficulté à boutonner ses vêtements, ou à faire de la couture. Elle souffrait des bras, des jambes et de l'estomac ; les aliments lui paraissaient insipides et lui donnaient des nausées. De temps en temps elle était prise d'une abondante salivation. Elle était très sensible au froid, et transpirait rarement. Le nez était devenu large et flasque ; les lèvres épaisses et pâles, et les paupières tendues et bouffies. Les jambes et le corps étaient aussi augmentés de volume, il ne semblait pas qu'il y eût le soir plus de gonflement des extrémités inférieures. Elle entendait mal, et était devenue très irritable et morose ; la mémoire lui fit bientôt défaut, surtout pour les événements récents ; elle était incapable de fixer son attention, oubliant souvent ce qu'elle allait chercher lorsqu'elle sortait pour faire des achats.

Le Dr Hamilton vit pour la première fois la malade le 27 sept. 1882. Les joues, les lèvres, le tissu conjonctif des paupières étaient enflés et donnaient au doigt une sensation souple et pâteuse. La langue elle-même était volumineuse, mais ses bords ne portaient pas l'empreinte des dents. Tout le corps était enflé, mais non d'une manière uniforme. Une pression forte et prolongée sur les tibia produisait une cupule assez peu profonde, qui disparaissait rapidement et n'était en rien semblable à celle des affections rénales. Les doigts étaient élargis à leurs extrémités. La couleur de la peau était semblable à celle de la vieille cire blanche ; aux endroits où le gonflement n'était pas très considérable, elle était craquelée, rude, mais luisante comme du maroquin. Les stimulations locales produisaient peu de réaction et pas de rougeur. La glande thyroïde avait presque complètement disparu. La température était abaissée surtout du côté droit où elle n'était dans l'aisselle que de 96° Fahr. Pouls petit, 60 pulsations en moyenne. Elle éprouvait une sensation d'engourdissement qui existait surtout aux mains et aux pieds ; elle atteignait son maximum dans les deux doigts externes de chaque main, où elle ressentait d'ailleurs depuis quelques mois des fourmillements. Le sens du goût était perverti chez elle; l'ouïe et la vision étaient atteintes surtout à droite. Quoique la malade ne fût pas ataxique, elle ne pouvait se tenir debout sans chanceler dès qu'elle avait les yeux fermés, et sa démarche était à peu près semblable à celle des paralytiques généraux. Les réflexes tendineux étaient exagérés. La contractilité électro-musculaire était diminuée surtout à gauche; la sensibilité aux courants galvaniques était plus marquée à droite. La parole était lente, embarrassée, hésitante ; et la malade n'exprimait ses idées qu'avec une certaine lenteur. Les urines contenaient beaucoup de phosphates et une quantité appréciable de sucre.

Digitized by Google

Après avoir rapporté cette observation avec tous les détails nécessaires, l'auteur décrit tous les symptômes du myxœdème en analysant les divers cas connus de cette affection.

Au point de vue étiologique, il insiste sur ce fait que cette maladie se voit le plus souvent chez des femmes qui ont passé la ménopause et qui ont eu beaucoup d'enfants. Cette particularité aurait pour lui une grande importance, car elle indiquerait qu'une irritation constante du système nerveux sympathique pourrait bien ne pas être indifférente au développement de l'affection. Un examen attentif des symptômes du myxœdème prouve, pour lui, que le système nerveux est primitivement atteint.

Le Dr Cushier, dans un récent mémoire, a trouvé dans la moelle épinière des lésions qui l'ont conduit à classer le myxœdème dans le même groupe que la paralysie pseudo-hypertrophique et que l'atrophie musculaire progressive. La théorie la plus acceptable qui ait été émise sur l'origine du myxœdème est celle de Hadden, pour lequel il existe dans cette affection un état de spasme vasculaire (ce serait l'inverse du goître exophtalmique, dans lequel il y a de la paralysie vaso-motrice); le dépôt de mucine dépend, pour cet auteur, de l'obstruction lymphatique; les symptômes cérébraux sont dus à l'état du cerveau lui-même et sont consécutifs à la lésion du système sympathique qui est primitive et périphérique. Le Dr Cushier a trouvé de la dégénérescence des cellules géantes des cornes antérieures et de la substance grise des colonnes postérieures de la moelle. Mais le Dr Hamilton croit de plus à l'existence d'importantes lésions dans les ganglions sympathiques et dans l'encéphale, à cause des divers troubles trophiques que l'on observe, altération et chute des cheveux, fragilité des ongles, dépôt de pigment, etc., et à cause de l'apparition rapide de symptômes bulbaires et de troubles cérébraux. Les noyaux de l'hypoglosse et du trijumeau doivent être pris, puisqu'on observe dans les cas types de la salivation, de l'anesthésie faciale, des troubles de motilité de la langue, etc... A propos de l'observation précédente, dans laquelle on a noté de la glycosurie, il rappelle les expériences de Claude Bernard.

L'auteur a enlevé un morceau de la peau de la jambe de sa malade. A un assez faible grossissement sur une coupe colorée avec l'hématoxyline on voyait que le tissu fibreux était très hypertrophié, et que toute la peau était le siège d'un processus inflammatoire chronique. Çà et là, mais surtout vers les couches superficielles, il y avait des amas de noyaux; les vaisseaux étaient épaissis, dilatés, leurs parois étaient infiltrées. Les glandes sudoripares étaient toutes altérées. En plusieurs points se voyaient de larges lacunes remplies d'une substance claire et dont

Digitized by Google

les bords étaient garnis d'une rangée de cellules nucléaires. Il fut impossible de trouver des nerfs dégénérés.

Voici les conclusions de l'auteur :

1° Le myxœdème est une maladie de l'âge adulte et du sexe féminin, qui a d'intimes rapports avec le crétinisme, et qui est lentement progressive; il est caractérisé par un dépôt graduel et inégal de mucine dans la peau, par des altérations trophiques variées, par un abaissement unilatéral de la température, par de l'affaiblissement intellectuel, de l'accroissement de la tension artérielle, de la surdité et des troubles de la parole.

2° Il y a des relations significatives entre cette affection d'une part et les grossesses fréquentes et la ménopause d'autre part.

3° Il est probable qu'elle est sous la dépendance d'une lésion primitive du bulbe, lésion qui gagne ensuite les colonnes postéro-latérales de la moelle épinière et les ganglions sympathiques cervicaux.

4° Les cas dans lesquels il y a de l'atrophie musculaire et une profonde altération des tissus sont rares ; il est probable qu'il s'est produit alors une dégénérescence des cellules multipolaires des cornes antérieures.

5° L'affection rénale n'est pas la cause, mais une des conséquences du myxœdème. L. BROCQ.

VIII. — Il s'agit d'une jeune fille de 13 ans qui, jusqu'à l'âge de 18 ans, ne présenta aucun symptôme insolite; son développement intellectuel était normal. Son état subit alors un changement profond; elle devint somnolente, elle perdit la mémoire ; la parole devint difficile et indistincte, les pieds et les mains froids, les jambes faibles, la démarche vacillante; la tête se pencha sur la poitrine ; elle eut des céphalées violentes.

La peau de la face était transparente; au centre des joues il y avait une plaque de rougeur circonscrite; les paupières inférieures étaient gonflées, le nez élargi, les yeux saillants. La glande thyroïde semblait atrophiée : la température s'abaissait parfois jusqu'à 95°,6 Fahr. Elle était souvent agitée pendant la nuit et poussait des cris. Elle arriva graduellement à ne plus pouvoir articuler aucun son; elle ne pouvait parvenir à mouvoir les lèvres, et ne pouvait ni souffler ni embrasser sa mère. L'intelligence était très affaiblie. L. BROCQ.

Digitized by Google

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

De l'hérédité syphilitique ; état actuel de la science.

(Thèse d'agrégation, section de médecine et de médecine légale, par le Dr Henri Blaise, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. — In-8° de 164 pages. G. Masson, éd., Paris, 1883.)

Parmi toutes les questions médicales qui sont en ce moment à l'ordre du jour, celle de l'hérédité syphilitique est assurément une des plus importantes. Nous assistons, en effet, à un mouvement scientifique considérable ; en France comme à l'étranger, on recherche s'il ne faut pas attribuer à la syphilis héréditaire tardive un certain nombre des lésions qu'on avait jusqu'ici rangées dans le vaste groupe des scrofulides ; en d'autres termes, on tend à démembrer la scrofule. Aussi le travail de M. le Dr Blaise est-il une actualité, et le public médical doit-il être reconnaissant au jury du concours d'agrégation, qui a eu l'heureuse idée de proposer ce sujet, et au candidat qui l'a si consciencieusement et si heureusement traité.

Cette étude si délicate est hérissée de difficultés d'un ordre tout spécial. Il est, en effet, presque impossible de procéder, à l'hôpital, aux minutieuses recherches qu'exigent les questions d'hérédité ; il est également illusoire d'essayer de suivre des malades pendant les longues années qui sont nécessaires à l'évolution de la syphilis. Il faut donc s'adresser surtout à la clientèle privée pour avoir des documents irréfutables, et c'est en entrant dans cette voie féconde, tracée par des observateurs tels que Ricord, Fournier et Diday, qu'on est arrivé déjà à des résultats vraiment remarquables.

On comprend, dès lors, qu'il était à peu près impossible à l'auteur d'apporter de nombreux documents personnels ; aussi n'a-t-il cherché qu'à exposer les faits acquis, qu'à indiquer les progrès réalisés et les points encore à l'étude ou en litige.

Son travail est divisé en quatre parties : dans la première, il traite de l'hérédité en général et de l'hérédité syphilitique en particulier ; dans la deuxième, il examine quelles sont les conditions dans lesquelles le fœtus subit l'influence de la syphilis ; dans la troisième, il décrit les phéno-

Digitized by Google

mènes morbides par lesquels se traduit l'hérédité syphilitique; enfin, dans une quatrième et dernière partie, il en expose la prophylaxie et le traitement.

1re *Partie.* — Avec M. Sanson, il définit l'hérédité un phénomène en vertu duquel les ascendants transmettent aux descendants les propriétés qui leur appartiennent à un titre quelconque. Chez les êtres sexués, l'*hérédité est mixte,* c'est-à-dire qu'elle tient à la fois du père et de la mère; c'est là l'*hérédité directe ou immédiate.* Mais elle peut aussi s'observer entre parents plus ou moins éloignés, et cela plus fréquemment en ligne droite qu'en ligne collatérale, c'est l'*hérédité en retour;* les caractères transmis ont alors été conservés à l'état latent chez les générateurs intermédiaires. D'autre part, certains états morbides transmis par l'hérédité ne se développent qu'à un certain âge, toujours sensiblement le même pour les mêmes affections, c'est l'*hérédité aux périodes correspondantes de la vie.* Enfin, dans l'*hérédité par influence,* on voit se reproduire chez les enfants issus d'un second mariage, les caractères propres au premier mari : ce sont des faits d'imprégnation.

Après cet exposé des théories actuellement en cours sur l'hérédité, l'auteur aborde la question de l'hérédité syphilitique, et il commence par établir qu'il est peut-être possible qu'un homme, atteint de syphilis, cohabitant avec une femme enceinte, donne directement cette maladie au fœtus sans infecter la mère. Il examine ensuite comment la syphilis peut se transmettre des parents à l'enfant : elle peut le faire, dit-il, *a,* par l'hérédité dans le sens le plus étroit du mot; *b,* par infection; *c,* par les deux causes réunies. — *A.* La syphilis développe chez celui qui en est atteint un véritable tempérament morbide, une diathèse qui peut être héréditaire au même titre que la goutte ou le cancer. — *B.* Mais telle n'est pas l'opinion qu'adopte l'auteur, et il aime bien mieux voir une véritable infection dans l'hérédité de la syphilis. Il essaye de le prouver en montrant que, d'après les recherches récentes de MM. Strauss et Chamberland, la transmission de la mère au fœtus par la voie placentaire de certaines maladies virulentes et à microbes bien définis est un fait indéniable ; il croit à la nature parasitaire de la syphilis, bien qu'il soit obligé de reconnaître que les recherches de Klebs, de Birch-Hirschfeld, de Bermann, de Martineau et Hamonic ne doivent être acceptées qu'avec beaucoup de réserves. Or, si l'on admet que le sperme et l'ovule sont imprégnés de virus syphilitique, il ne peut plus être question d'hérédité dans l'acception propre du mot, c'est-à-dire dans le sens de transmission d'une véritable diathèse; il s'agit tout simplement, dans ce cas, d'une infection virulente. La question n'était pas douteuse autrefois, dit M. Blaise, alors qu'on admettait la virulence de toutes les sécrétions des syphilitiques; mais, en ce moment, on tend à ne considérer comme

Digitized by Google

virulents que le sang, ce qui est indéniable (syphilis vaccinale) et les liquides sécrétés par les accidents primitifs et secondaires. Le sperme ne serait donc pas virulent : c'est pour M. Blaise une erreur profonde, aussi ne trouve-t-il pas concluantes les expérien ces de Mireur ; mais il n'apporte aucun document précis pour faire prévaloir son opinion. C'est là une lacune qui jette un peu de vague sur toute son argumentation, fort remarquable d'ailleurs, contre l'hérédité de la syphilis par diathèse. En effet, puisque le père syphilitique ne peut agir directement sur le fœtus que par le sperme, si l'enfant naît syphilitique, la mère restant saine, ou bien la syphilis se transmet par hérédité vraie, ou bien le sperme est virulent. Aussi l'auteur admet-il cette virulence, et tout n'est dès lors, pour lui, qu'une simple affaire d'inoculation. L'agent virulent se trouve dans le spermatozoïde ou dans l'ovule, ou bien il traverse le placenta. Certes, c'est fort probable ; car, ainsi que le fait si bien remarquer M. Blaise, la syphilis présente avec les maladies infectieuses telles que la variole, la tuberculose, etc., des analogies bien plus grandes qu'avec les diathèses. Mais il n'en est pas moins vrai que l'argument capital et nécessaire, la virulence du sperme, n'est pas encore établi d'une manière irréfutable.

L'auteur montre ensuite qu'on aurait tort de croire que la syphilis infantile congénitale est différente de la syphilis acquise. En effet, l'enfant atteint de syphilis congénitale, quoiqu'il présente une complexité de symptômes viscéraux et cutanés bien faits pour dérouter, n'en donne pas moins à sa nourrice un chancre induré et une syphilis à évolution normale.

A côté de cette hérédité syphilitique qui se résume, en somme, pour M. Blaise, dans l'infection spécifique, il y a l'*hérédité des syphilitiques*, qui se traduit par des états morbides divers, constituant une sorte de déchéance vitale, et groupés sous le titre de descendance indirecte par M. le professeur Fournier.

En terminant cette première partie, l'auteur rappelle que, dès la fin du XVe siècle, Sigismond Tizio et Gaspard Torrella avaient mentionné la syphilis chez les enfants. Paracelse le premier prononça le mot de syphilis héréditaire. Puis cette notion finit par s'obscurcir et par disparaître complètement, sauf dans les enseignements de l'école de Montpellier, où Ferrier, dès 1553, mentionnait les diverses manières dont l'infection peut s'opérer. Au XVIIe siècle, on croyait aussi à l'hérédité de la syphilis, et au XVIIIe siècle, Frédérik Hoffman s'attacha à rechercher le mécanisme de l'infection de l'enfant. Enfin, depuis la création de l'hôpital de Vaugirard, spécial aux femmes enceintes et à leurs enfants, Doublet, Mahon et Bertin ont inauguré les recherches cliniques modernes.

2e *Partie.* — M. Blaise commence l'étude étiologique de la syphilis

Digitized by Google

héréditaire en examinant quelle est l'influence du père. Dans une discussion des plus savantes, il expose successivement les opinions de ceux qui pensent qu'un père syphilitique peut donner la vérole à son enfant, la mère restant saine, et parmi eux il cite Swédiaur, Bertin, Colles, Acton, Depaul, de Méric, Mayer, Bednar, Trousseau, Hecker, Parker, Ricord, Vidal, Hutchinson, Kassowitz, Taylor, Nerwins-Hyde, Weil, Neumann, Fournier, etc., etc. Puis il réfute l'opinion contraire soutenue pour la première fois d'une manière scientifique, par Cullerier, en 1853, et qui consiste à dire qu'une mère non syphilitique ne peut engendrer un enfant syphilitique. Il montre que la seule conclusion que l'on puisse tirer des observations de cet auteur, c'est qu'un syphilitique traité, ou arrivé à la période tertiaire, peut engendrer un enfant non syphilitique. Il en est de même des faits apportés par Notta (1860), Charrier (1863), Mireur (1867), Langlebert (1873), Sturgis (1876) et Œwre. L'influence du père n'est donc pas fatale, même à la période secondaire; mais il n'en est pas moins vrai que des faits irréfutables montrent qu'un père syphilitique peut engendrer un enfant syphilitique, la mère restant saine. Le mari étant syphilitique et non traité, la femme peut n'avoir que des avortements, tandis que ses grossesses arrivent à terme dès que le mari se traite; ce fait est excessivement instructif, et il prouve, de plus, que le traitement suivi par le père peut tout modifier. L'influence paternelle décroît à mesure que la vérole vieillit; cependant elle peut encore se manifester en pleine période tertiaire. (Faits de Vidal et de Bassereau). Mais il est à peu près impossible de préciser à quelle époque un père syphilitique ne procréera plus d'enfants syphilitiques.

La deuxième question que se pose M. Blaise est la suivante : Lorsque l'enfant naît syphilitique du fait du père, la mère, considérée jusqu'ici comme absolument saine, l'est-elle en réalité ? La réponse est donnée par la loi formulée en 1837 par Abraham Colles : « C'est un fait curieux, dit cet auteur, dont je n'ai jamais vu ni entendu parler, que l'exemple d'un enfant qui, tenant l'infection syphilitique de ses parents, ait causé une ulcération au sein de sa mère, tandis qu'il peut infecter une nourrice saine. » La mère présente donc alors une immunité, immunité qui implique nécessairement l'idée d'une contamination déjà subie par elle; mais cette contamination n'est que très légère, puisqu'elle ne se révèle par aucun des caractères habituels de l'infection syphilitique : c'est une syphilis imperceptible (Diday), une sorte de vaccination. Pour Hutchinson, ce serait le mode de pénétration du virus dans l'économie par la voie placentaire qui expliquerait cette bénignité. Mais, d'après le Dr Blaise, il est beaucoup plus scientifique depuis les expériences de MM. Strauss et de Chamberland de rapporter cette immunité à la faible quantité de micro-organisme pathogène qui est transmise à la mère à travers le pla-

Digitized by Google

centa; et la variabilité, selon les cas de ces quantités de virus transmis, peut rendre compte des diverses variétés de syphilis par conception décrites par Hutchinson; dans un premier groupe de faits, on observe chez la mère une syphilis normale; dans un deuxième groupe, les accidents sont des plus bénins; dans un troisième groupe, il ne se produit aucun symptôme apparent; un quatrième groupe renfermerait même des exceptions à la loi de Colles; mais ce dernier point est encore trop controversé, ainsi qu'on peut s'en convaincre en lisant le dernier fascicule des *Annales de Dermatologie*, pour que nous nous permettions d'y insister. Ces considérations si originales et si intéressantes nous font regretter encore davantage que l'auteur n'ait pu mieux établir sa doctrine de la nature parasitaire de la syphilis.

L'influence de la mère est nécessairement prépondérante : elle s'exerce sur le fœtus pendant toute la durée de la gestation : le fœtus peut donc être infecté, *a*) lors de la conception, *b*) ou après la conception : de là deux ordres de faits. — *a*. — La mère est déjà infectée lorsqu'elle conçoit : son influence est alors tellement évidente qu'il n'est plus possible de la nier. Mais par quel mécanisme la syphilis se transmet-elle à l'enfant? Est-ce par l'ovule, ou bien est-ce par le sang et par voie placentaire? M. Blaise croit que ces divers modes sont possibles, et que la vérole peut être *ovulaire* ou *sanguine*. Cette transmission de la syphilis de la mère aux enfants est d'autant plus rare que l'époque de la conception es plus éloignée du moment de l'infection. En pleine période tertiaire, une femme peut encore avoir des enfants syphilitiques, surtout lorsqu'elle n'est pas soumise à un traitement; et, d'autre part, quand elle est traitée, elle peut engendrer des enfants sains en pleine période secondaire. — *b*. — La mère est infectée pendant le cours de la grossesse. Dans ces cas, malgré les objections de Mandron, Bärensprung et Kassowitz, l'infection du fœtus par voie placentaire est possible; pour Ricord, il n'est pas sûr qu'elle le soit si l'infection de la mère a lieu dans les trois derniers mois de la gestation. Certains faits démontreraient cependant cette possibilité. En tous cas, quand l'enfant est syphilisé de cette manière, il est moins fortement atteint que lorsque la mère est déjà syphilitique lors de la conception. Ces cas relativement bénins forment la *syphilis congénitale* de Cazenave.

Enfin, lorsque les deux conjoints sont syphilitiques, l'enfant a encore beaucoup plus de chances d'être infecté; mais si cette transmission est presque fatale dans la période secondaire, et si elle est alors marquée d'abord par des avortements successifs (1re période de Mireur), puis par des naissances à terme avec syphilis héréditaire (2me période de Mireur), elle peut devenir nulle pendant la période tertiaire (3me période de Mireur). D'ailleurs, cette transmission est bien modifiée par le traitement.

Digitized by Google

3e *Partie.* — Les manifestations de l'hérédité syphilitique sont des plus complexes, et ce n'est pas une cinquantaine de pages qu'il faudrait y consacrer dans l'état actuel de la science, mais des volumes entiers; aussi M. Blaise n'a-t-il pu nous donner qu'un excellent résumé des faits connus. Il n'a traité avec quelques développements que le chapitre relatif à l'avortement et à l'accouchement prématuré. Dans cette remarquable partie de son travail, il démontre avec beaucoup de détails l'influence prépondérante de la mère, qui se chiffre par un nombre presque double de celui qui correspond à l'influence du père, et qui se manifeste en moyenne par 36,8 0/0 d'avortements. Cette influence si désastreuse est régie par une loi de décroissance d'après laquelle son intensité diminue à mesure que la vérole vieillit. Cependant, il est des cas nombreux dans lesquels les avortements se produisent avec une tenacité et une régularité désespérante. Est-ce une exception à la règle de Diday, ou bien faut-il admettre avec M. Blaise une autre cause, l'*habitude d'avorter ?*.. Lorsque la mère a été infectée au quatrième mois de la grossesse, on n'a plus trop à redouter d'avortement, et si elle l'a été après le septième mois, l'enfant peut même être complètement indemne de syphilis. Quant à la cause prochaine de l'avortement syphilitique, ce serait soit un empoisonnement direct et primitif du fœtus par un principe morbide, soit des lésions des membranes et surtout du placenta consistant en une inflammation scléreuse diffuse ou localisée et en la production de gommes véritables, soit de l'hydramnios (Bar), soit enfin des lésions des vaisseaux du cordon. Le traitement spécifique peut diminuer de beaucoup cette prédisposition à l'avortement de la femme syphilitique.

M. le Dr Blaise étudie ensuite les diverses manifestations de la syphilis héréditaire : il la définit avec M. Diday, la syphilis que l'enfant contracte pendant la vie intra-utérine par le fait des éléments de formation et de nutrition qu'il reçoit de ses parents; elle est caractérisée par l'existence, chez lui, de troubles morbides d'ordre spécifique qui se développent quelquefois d'une façon précoce dans le sein même de la mère, mais le plus souvent après la naissance. Avec l'éminent syphiligraphe lyonnais, il aimerait mieux pour la désigner l'épithète de *congéniale.* Cette syphilis congéniale a pour caractères spéciaux l'absence d'accident primitif, le début par des manifestations qui accusent la diffusion du virus dans tout l'organisme : c'est une syphilis générale d'emblée, dans l'évolution de laquelle on ne peut plus reconnaître ni période secondaire, ni période tertiaire. Mais les lésions sont toujours histologiquement identiques aux lésions d'une syphilis ordinaire. C'est toujours *une hypersclérose généralisée :* et, comme toute syphilis, elle est justiciable du mercure et de l'iodure de potassium.

Digitized by Google

Quant à la question si controversée de la *syphilis héréditaire tardive*, M. Blaise pense que la syphilis héréditaire apparaît d'ordinaire dans les premiers temps de la vie, presque toujours dans les trois premiers mois de l'existence, et que la possibilité de son apparition tardive, quoique rationnellement admissible, n'est peut-être pas suffisamment démontrée par les faits.

Il donne ensuite un exposé clair et concis des symptômes de la syphilis héréditaire; il nous est impossible de le résumer, il faudrait le citer en entier. Nous devons cependant faire remarquer que M. Blaise accepte peut-être avec trop de facilité les idées assez absolues de M. le professeur Parrot sur la nature des lésions superficielles, circulaires, caractérisées par de la desquamation de l'épithélium et par une bordure d'un blanc grisâtre qui se voient assez souvent sur la langue; l'éminent médecin de l'hôpital des Enfants-Assistés les regarde comme étant toujours syphilitiques. Beaucoup d'autres dermatologistes déclarent au contraire que cette lésion n'a rien de spécifique.

En exposant toutes les difficultés dont est entouré le diagnostic rétrospectif de la syphilis héréditaire, l'auteur insiste avec raison sur l'importance considérable qu'ont les cicatrices des fesses et des cuisses, la kératite interstitielle et les dents d'Hutchinson, dont il donne une description succincte d'après le professeur Parrot. En terminant ce chapitre, il admet la possibilité de la réinfection chez les sujets atteints de syphilis héréditaire, en s'appuyant sur les observations d'Hutchinson (1863) et de Dowse (1877). L'utilité de cette profession de foi ne nous semble pas bien démontrée; mais, puisque l'auteur voulait la faire, il aurait dû ne pas se contenter de la formuler; il aurait dû l'établir sur des arguments sérieux, car c'est là un point d'une importance majeure et malheureusement encore bien controversé.

Sur la question si délicate de l'hérédité des syphilitiques, désignée encore par M. le professeur Fournier sous le nom *d'hérédité à formes morbides dissemblables*, de *descendance indirecte de la vérole*, M. Blaise admet complètement les idées de notre éminent maître, et il considère comme un fait acquis que l'influence syphilitique des parents peut se traduire par des états morbides qui n'ont plus rien de spécifique, mais qui se rattachent néanmoins à l'affection syphilitique des ascendants. Ce sont la débilité native, l'arrêt de développement, la prédisposition aux morts subites, aux convulsions, à la méningite, à l'imbécillité, à l'idiotie, à l'épilepsie.

Nous ne saurions trop approuver, pour notre part, les réserves prudentes avec lesquelles M. le Dr Blaise expose les idées si brillamment soutenues par M. le professeur Parrot au sujet du rachitisme. Il lui semble, en effet, que nos connaissances actuelles ne peuvent point nous permettre de

Digitized by Google

faire du rachitisme une lésion spécifique ; mais il croit que la syphilis peut en être une des conditions pathogéniques au même titre que toutes les autres causes anciennement connues : scrofule, tuberculose, âge avancé, affaiblissement et déchéance des parents, conditions hygiéniques et alimentation mauvaises. Il en est à peu près de même pour la scrofule : M. Blaise ne peut identifier la scrofule et la syphilis héréditaire; il pense avec juste raison que l'anatomie pathologique ne peut être prise pour critérium dans cette question; mais il croit avec M. le professeur Fournier que la syphilis a une influence sur la production de la scrofule, qu'elle en est une des conditions pathogéniques les plus puissantes, en un mot, qu'elle est un des affluents de cette diathèse.

La syphilis des parents aurait aussi pour résultat de préparer chez les enfants un terrain favorable à l'évolution ultérieure de la tuberculose.

4e *partie.* — M. Blaise rappelle les travaux antérieurs de MM. Diday et Langlebert, puis il prend résolument pour guide, dans l'exposé de la prophylaxie et du traitement de l'hérédité syphilitique, le livre désormais classique de M. le professeur Fournier, *syphilis et mariage*. Nous ne saurions trop conseiller la lecture de cette dernière partie : il est difficile de traiter avec plus de clarté et de concision ce sujet si scabreux, si multiple, si important au point de vue de la pratique journalière. Il n'est réellement pas possible d'en donner un résumé : d'ailleurs, l'ouvrage de l'éminent professeur de l'hôpital Saint-Louis est maintenant trop connu pour qu'il soit utile d'en reproduire les conclusions dans cet article déjà beaucoup trop étendu.

Après chaque chapitre, M. Blaise a eu soin de mettre un index bibliographique des plus complets.

En somme, son travail est vraiment remarquable ; il est bien divisé, bien exposé, et il renferme des vues ingénieuses. Il est regrettable que la longueur du sujet ne lui ait pas permis de traiter complètement certains points de la plus haute importance ; mais, telle qu'elle est, sa thèse sera fort utilement consultée, et restera un exposé des mieux faits de l'état actuel de la science au point de vue de l'hérédité syphilitique.

L. BROCQ.

Digitized by Google

VARIA.

DU MODE D'ENSEIGNEMENT DE LA DERMATO-SYPHILIGRAPHIE CONTEMPORAINE.

VIENNE, PARIS, LYON.

par le Dr **A. Doyon**, médecin-inspecteur des eaux d'Uriage.

Tous les médecins qui ont visité la capitale de l'Autriche connaissent l'*allgemeine Krankenhaus*, ou hôpital général, qui se trouve dans l'*Alservorstadt*, presque au milieu de l'*Alserstrasse*, à quelques pas du Ring et des nouvelles constructions de l'Université. Cet hôpital occupe une surface considérable, près de dix hectares.

Les bâtiments, considérés dans leur ensemble, forment un immense carré qui est subdivisé en plusieurs autres polygones circonscrivant entre eux de vastes cours (9) bien aérées, et dont la plupart sont en réalité de véritables jardins plantés d'arbres. Toutes ces cours communiquent très largement les unes avec les autres. La première offre à peu près les dimensions de la place du Carrousel, à Paris, avec cette différence importante qu'elle représente un petit parc rempli de végétation, par conséquent très ombragé pendant l'été. Presque dans le milieu, à gauche en entrant, se trouve un pavillon isolé, affecté à la direction et à l'administration de l'hôpital.

A peine a-t-il dépassé le seuil de cet immense établissement d'instruction, le visiteur est frappé du mouvement extraordinaire qui y règne. Professeurs, médecins indigènes et étrangers, étudiants, malades se rendant à l'*ambulatorium* (consultation gratuite), donnent lieu à un va-et-vient incessant. Deux concierges suffisent à peine à répondre à toutes les demandes de renseignements qu'on leur adresse.

Cependant, sous la large voûte de la porte cochère est affiché le tableau de tous les professeurs avec indication de la cour, de l'étage, des numéros des salles, des heures de clinique, etc. Sur un autre tableau figure également l'annonce de tous les autres cours faits par les *Privatim Docentes*, les *Assistentes* en exercice ou non. Et c'est en parcourant ces listes qu'on peut se faire une juste idée des ressources immenses, absolument exceptionnelles, que l'*allgemeine Krankenhaus* offre à tout homme soucieux de s'instruire ou de se perfectionner dans l'art de guérir. De 8 heures du matin à 7 heures du soir, il y a des cliniques se succédant sans interruption, le plus souvent même plusieurs fonctionnent en même temps.

Dans les cours, on voit reproduite au-dessus de chaque porte d'entrée l'indication du nom du professeur et de l'heure de la clinique. Aussi est-il

Digitized by Google

on ne peut plus facile de suivre sa voie dans ce spacieux palais de l'enseignement clinique.

Je me bornerai à indiquer ici le nombre des cliniques (13 avec 14 professeurs et 21 assistants) et des autres divisions (20 avec 10 médecins ou chirurgiens en chef, 10 *Secundarärzte* de 1re classe et 30 de 2e classe). Ce qui représente un total de 33 divisions, de 24 chefs de service et de 61 médecins ou chirurgiens auxiliaires. Je rappellerais encore que, en 1881, on a traité dans ce même hôpital général 14,287 hommes et 9,278 femmes, soit en tout 23,565 malades (chiffre annuel hors de toute proportion avec celui de l'un quelconque de nos plus grands hôpitaux de France).

Mais je m'arrête, n'ayant nullement l'intention de donner ici une description détaillée des services aussi nombreux que variés contenus dans l'*allgemeine Krankenhaus*. C'est de dermatologie et de syphiligraphie que j'ai à m'occuper, spécialités qui sont représentées par plusieurs cliniques ayant lieu chaque jour.

Depuis deux ans, la clinique dermatologique a pour titulaire le professeur Moritz Kaposi, qui a succédé au professeur Ferdinand v. Hebra, l'illustre fondateur de l'école dermatologique de Vienne.

La chaire de clinique syphiligraphique est occupée depuis un an par le professeur Isidore Neumann. Il y est le remplaçant du Nestor de la syphiligraphie viennoise, le professeur v. Sigmund, qui a pris sa retraite depuis la même époque.

Mais si le professeur v. Sigmund n'enseigne plus du haut de la chaire, il continue, au grand profit de tous, à publier dans les recueils périodiques des articles qui font bénéficier les nombreux lecteurs du fruit de sa vaste expérience (1).

Je n'ai point en ce moment à faire connaître l'enseignement du professeur Kaposi (j'ai contribué il y a longtemps déjà à le vulgariser par une traduction française de l'ouvrage de Hebra et Kaposi, et, il y a deux ans, nous avons encore, mon cher et savant ami M. le Dr Ernest Besnier et moi, par notre traduction du traité des maladies de la peau du professeur Kaposi, complété cette étude des doctrines de l'école de Vienne), tous ceux qui s'occupent des maladies de la peau trouveront dans nos deux publications non seulement les opinions professées par Hebra et Kaposi, mais en particulier dans notre traduction de Kaposi un parallèle entre les doctrines de l'école viennoise et celles de l'école française.

La division du professeur Kaposi comprend quatre salles d'hommes et deux salles de femmes, contenant ensemble 135 lits. Il y a un assistant (chef de clinique) et deux *Secundarärzte* de 2e classe.

Dans un premier corps de bâtiment, au rez-de-chaussée, se trouvent les

(1) Cet article était composé lorsque nous avons appris la triste nouvelle de la mort de M. le professeur Karl de Sigmund. C'est une grande perte pour la science, en particulier pour notre spécialité, dont il a été un des plus éminents, des plus autorisés représentants. S'il ne laisse pas de traité complet de cette branche de la médecine, il n'en a pas moins écrit beaucoup sur la syphilis et plus particulièrement sur la thérapeutique. Son œuvre se distingue par la finesse des aperçus et la justesse des préceptes plus que par la profondeur et l'originalité des idées. Ce ne fut point un réformateur comme son illustre collègue Hebra, mais s'il ne peut aspirer à la gloire du grand dermatologiste, sa place n'en est pas moins marquée au premier rang des professeurs qui ont contribué à l'éclat croissant que jette depuis un demi-siècle, l'université de Vienne.

Digitized by Google

salles de femmes et une salle d'hommes, dans une autre aile et au deuxième étage les trois autres salles d'hommes. A ce service est annexée la salle des bains continus, contenant 7 baignoires. Il y a un amphithéâtre pour les leçons (*Hörsalle*) à côté de la salle des femmes ; mais le professeur fait deux fois par semaine la clinique dans une des salles de la division des hommes occupant un autre corps de bâtiment.

La *Hörsalle* peut contenir 150 auditeurs, elle est ornée du buste en marbre du professeur Hebra.

Il y a bien aussi quelques moulages appendus au mur, mais ils sont déjà anciens et, de plus, assez médiocres; ils ne pourraient en aucun cas soutenir la comparaison avec les œuvres magnifiques de MM. Baretta et Jumelin.

Le professeur Kaposi fait sa visite dans les salles de 8 heures à 10 heures, puis la consultation gratuite et la leçon clinique.

C'est presque toujours une véritable leçon clinique, c'est-à-dire avec présentation des malades du service ou bien venus à la consultation gratuite. Ces derniers ont leur nom inscrit sur un registre et reçoivent une ordonnance portant un numéro correspondant. Les malades de la consultation gratuite ne sont pas très nombreux (environ 200 par mois), aussi est-il possible d'étudier complètement leur cas ; et s'il présente, sous quelque rapport que ce soit, un intérêt particulier, le professeur ne manque pas de le signaler dans le cours de sa leçon clinique. La consultation gratuite a lieu immédiatement après la visite.

Les chiffres suivants, que j'emprunte au rapport publié par l'assistant de la clinique, M. le Dr G. Riehl, donneront une idée exacte du mouvement des malades dans la clinique et la division de M. le professeur Kaposi pendant l'année 1881.

Clinique et division des maladies de la peau.

On a traité en 1881 : 1375 hommes et 549 femmes = 1924.		
A la fin de décembre 1880 il restait.	75 h. +	54 f.
En 1881, on a reçu :		
(*a*) Directement	1248 » +	468 »
(*b*) Par transfèrement.	52 » +	27 »
Durant le cours de l'année 1881 sont sortis :		
(*a*) Guéris.	1008 h. +	344 f.
(*b*) Améliorés.	187 » +	89 »
(*c*) Non guéris	26 » +	23 »
(*d*) Par transfèrement. . . .	58 » +	25 »
(*e*) Morts	31 » +	20 »
A la fin de l'année 1881 il restait.	65 » +	48 »
	1375 h. + 549 f. =	1375 h. + 549 .
	1924 malades. =	1924 malades.

Il nous est impossible et il serait oiseux de reproduire ici les différents tableaux faisant connaître les affections que présentaient ces 1924 malades, je dois me borner à citer quelques chiffres.

Digitized by Google

Le psoriasis est représenté par 95 malades, dont 77 hommes et 18 femmes. Sur ce nombre, 3 hommes ont été transférés dans d'autres services ; 8 hommes et 3 femmes, guéris ; 54 hommes et 13 femmes, améliorés ; 4 hommes, non guéris ; 1 homme, mort ; enfin 7 hommes et 2 femmes sont restés en traitement à la fin de 1881. Total égal : 95 malades.

Les eczémateux figurent dans ce tableau pour 332, dont 251 hommes et 81 femmes. Sur ce nombre, il est noté 256 guérisons : 195 hommes et 61 femmes, plus 47 améliorations : 37 hommes et 10 femmes.

Les galeux sont au nombre de 571, sur lesquels on compte 437 hommes.

Il n'y a que 7 cas de favus : 6 hommes et 1 femme; 11 cas d'herpès tonsurant : 8 hommes et 3 femmes.

Je trouve 61 prurigos, 43 hommes et 18 femmes.

Quant au lupus vulgaire, 83 cas : 39 hommes et 54 femmes ; pour le lupus érythémateux, 14 cas seulement, 4 hommes et 10 femmes.

Si l'alopécie en aires ne figure pas dans ce tableau, cela tient à ce que les malades atteints de cette affection de longue durée viennent seulement à la consultation gratuite. Toutefois, le professeur Kaposi m'a dit en observer en moyenne une vingtaine de cas par année.

En tenant compte des autres dermatoses qui figurent dans ce tableau, il y a eu 1700 malades atteints de diverses affections de la peau.

Quant aux malades vénériens ou syphilitiques, le nombre a été, dans la même année, de 160, dont 85 hommes et 75 femmes.

Enfin, il y a eu 61 malades, dont 37 hommes et 24 femmes, atteints d'affections diverses.

Professeur J. Neumann. — Le service du professeur Neumann comprend 6 salles : 4 salles d'hommes et 2 salles de femmes. Chaque salle contient, comme dans le service du professeur Kaposi, de 20 à 26 lits, en tout 155. Toutes ces salles sont situées au premier étage d'un bâtiment qui prend jour sur deux cours; aussi ces salles, comme les précédentes, reçoivent-elles une abondance de lumière des plus favorables à l'exploration.

De ces six salles, deux sont disposées pour la clinique (une salle d'hommes et une salle de femmes), c'est-à-dire qu'au milieu de chacune de ces salles se trouve un large plancher circulaire élevé d'environ 30 à 40 centimètres, avec un fauteuil en bois sur lequel, comme dans le service du professeur Kaposi, pendant la clinique, se hissent les malades dans le costume et parfois avec l'attitude d'une statue antique.

En consultant le rapport pour l'année 1881, rédigé par l'assistant de la clinique, M. le Dr Finger, nous voyons que le nombre des malades traités dans le service a été de 1540, dont 1126 hommes et 414 femmes. Sur ce nombre, il y a eu 586 cas de syphilis (374 hommes et 212 femmes) avec ou sans complications, tandis qu'il n'en est noté que 231 d'ulcères simples. La blennorrhagie, elle, vient numériquement en deuxième ligne avec 517 cas.

Les malades non syphilitiques ne figurent dans ce tableau que pour 37 hommes et 25 femmes, soit en tout 62 malades.

A côté de ces deux cliniques universitaires je dois encore signaler le service de M. le professeur Hermann Zeissl, médecin en chef d'une importante division de syphilitiques. Cette section comprend cinq salles d'hommes et une de femmes, en tout 134 lits. Outre le professeur, il y a un *Secundarārzt* de 1re classe et deux *Secundarārzte* de 2e classe. A côté du service se trouve également un amphithéâtre pour les leçons cliniques.

Dans la clinique et division du professeur H. Zeissl, on a traité, pendant

Digitized by Google

l'année 1881, 1294 syphilitiques, dont 954 hommes et 340 femmes, qui étaient atteints des maladies suivantes :

Blennorrhagie compliquée ou non..	348	hommes	+ 104	femmes	=	452
Ulcères.....	173	—	+ 32	—	=	205
Syphilis.....	259	—	+ 139	—	=	398
	780	—	275	—	=	1055
Malades non syphilitiques.....	75	hommes	+ 17	femmes	=	92

Comme il est facile de le voir dans ces deux derniers tableaux, que j'ai résumés autant que possible, la syphilis tend de plus en plus à envahir les services spéciaux ; chaque année on voit partout augmenter le nombre de ses victimes. N'y aurait-il donc pas de mesures à prendre pour essayer de modérer, sinon d'arrêter le fléau. N'y aurait-il pas lieu seulement et plutôt à exécuter les mesures décrétées d'un commun accord dans le congrès médical international tenu en 1867 ?

Dans chacun des trois services dont nous venons de parler, est installé un laboratoire qui sert de cabinet au professeur. On y trouve tout ce qui est nécessaire pour l'étude : microscopes, réactifs chimiques, bibliothèque, instruments, etc...

Un mot à présent sur la manière dont ces services sont organisés au point de vue du personnel hospitalier.

Tout d'abord nous ferons remarquer que, dans l'hôpital général, il n'y a ni religieux, ni religieuses. Le service est fait exclusivement par des infirmières ou des infirmiers, mais les premières sont de beaucoup les plus nombreuses.

Ainsi, pour les trois divisions dont il vient d'être question, ce sont partout des infirmières, sauf dans deux salles d'hommes de la clinique du professeur Kaposi. Dans les quatre autres salles et dans toutes celles des divisions des professeurs Neumann et Zeissl, il n'y a absolument que des infirmières.

Chaque salle à deux infirmières et une servante.

De plus, une infirmière chef a la garde des appareils et instruments de chirurgie, et accompagne dans toutes les salles, le chef de service. Les salles sont toutes parquetées, très propres, très bien tenues, parfaitement chauffées et aérées. Il n'existe nulle part de rideaux, ni aux fenêtres, ni aux lits. Les salles sont éclairées au gaz.

Le service médical est fait par le professeur, un assistant, plus des *Secundarärzte*, qui, ici, remplacent nos internes. Pas d'internes en pharmacie, les prescriptions sont écrites au moment de la visite par le *Secundarärzt* attaché à la salle, et portées ensuite à la pharmacie par une des infirmières.

Le professeur fait chaque matin la visite de la moitié du service, l'autre partie est faite par l'assistant, qui revient encore dans l'après-midi *faire un tour* dans toute la division.

Les malades sont tous dans leur lit au moment de la visite; mais, dès que le professeur entre, ils se lèvent et endossent une robe de chambre uniforme en coutil rayé bleu, et viennent s'asseoir sur des bancs au milieu de la salle, puis ils se présentent ensuite successivement un à un devant la table auprès

Digitized by Google

de laquelle il est assis et sur laquelle sont déposés les instruments et quelques objets de pansement.

En arrivant près du chef de service, ils se mettent complètement nus, montent sur une chaise, de chaque côté de laquelle se tiennent les deux infirmières de la salle, puis se tournent et se retournent, et subissent sans mot dire non seulement l'examen le plus minutieux, mais des opérations même très douloureuses : ouverture de bubons avec excision de larges lambeaux de peau décollés, ablation de végétations, etc. Les malades atteints d'affections blennorrhagiques, vésicales, etc., tiennent tous à la main un verre rempli de leur urine. Ceux qui sont trop malades pour se lever, ou qui ne le pourraient sans inconvénient, le professeur les examine dans leur lit.

Mais, ce qui frappe avant tout le visiteur, c'est la discipline admirable qui règne dans le service ; on retrouve là ce même ordre, cette même sévérité en haut ; en bas, cette même obéissance passive qui existe dans l'armée et qui est une de ses principales forces. Cette discipline ne s'observe pas seulement pendant la visite, sous l'œil vigilant du chef de service, elle est de tous les instants. Plusieurs fois je suis venu le soir dans les salles, entre cinq et six heures, et j'ai retrouvé le même calme et la même régularité.

Nous avons dit que dans les salles de syphilitiques, comme dans toutes les autres, le service était exclusivement fait par des infirmières. Y a-t-il là quelque danger extra-médical? Je n'ai jamais surpris chez le pansé ni la pansante rien d'équivoque : regard, mouvement, attitude. La tenue de tous, infirmières et malades, ne prête à aucune critique, et si, au premier abord, on est surpris de voir des femmes faire ainsi les pansements spéciaux que comportent les lésions si variées des organes génitaux, sans que rien vienne trahir la différence des sexes, après quelques jours on ne fait plus soi-même attention à cette organisation si étrange pour nous, Français, et l'on ne retient qu'une chose, la manière convenable et attentive avec laquelle est fait ce service. Il y a là évidemment une question de milieu et de race dont il faut tenir compte, et compte souverain, car ce n'est point là un exemple que j'ose me permettre de donner au Directeur de notre Assistance publique..., même laïque !

Tous ceux qui ont suivi pendant quelque temps les visites de l'*allgemeine Krankenhaus* ont été en outre frappés de la confiance que les malades témoignent au médecin. On voit que des deux côtés la foi est présente. Aussi les malades acceptent-ils avec une entière déférence et une soumission que je n'ai jamais vu se démentir, non seulement les conseils du docteur, mais son intervention opératoire la plus rigoureuse.

Les pansements se font avec le plus grand soin. Les plus simples sont exécutés par les infirmières ; ceux qui offrent quelque complication, ou qui exigent l'intervention d'une main médicale, le sont par le *Secundarärzt* de la salle ou par l'*Assistant*. J'ai surtout été frappé de la manière parfaite dont sont appliqués et maintenus les bandages inguinaux pour le pansement des bubons, grâce aux points de couture que peuvent seules faire des infirmières ; pourrait-on demander le même service à nos religieuses ?

L'école viennoise, se préoccupant avant tout des lésions locales, a, de tout temps et avec juste raison, porté son attention sur le traitement topique des maladies de la peau ; aussi a-t-elle contribué dans une large mesure a réaliser des progrès importants dans cette voie. Comme pour la pratique de la chirurgie, les soins minutieux, les pansements méthodiques et réguliers, l'éloignement de toutes les causes d'irritation, etc., contribuent pour une large

Digitized by Google

part au résultat. Et nous pourrions citer plus d'un dermatologiste dont la thérapeutique, s'inspirant de cet aperçu, y trouvait le principal élément d'un succès incontesté. C'est que, en effet, dans le traitement d'une affection parasitaire, comme dans celui d'un simple eczéma, ce n'est que par une médication locale bien ordonnée et surtout soigneusement appliquée, que l'on arrivera à une guérison rapide.

On emploie beaucoup les frictions hydrargyriques dans le traitement de la syphilis, seulement il importe qu'elles soient faites régulièrement et avec soin. Aussi, les malades viennent-ils s'asseoir sur un banc au milieu de la salle ; et là, sous la surveillance d'une infirmière, ils font leur friction pendant le temps prescrit. Ceci rappelle nos soldats à l'hôpital militaire, devant lesquels l'infirmier reste attentif et vigilant tant qu'il n'a pas constaté *de visu* le mouvement de déglutition prouvant qu'ils ont bien réellement avalé la pilule de Dupuytren ou la cuillerée de Chopart déposées dans leur bouche.

Toutes les pommades sont appliquées sur des compresses de toile et maintenues au contact des parties malades à l'aide de bandes de flanelle, aussi bien à la face que sur les autres parties du corps.

On sait aussi que, à Vienne, dans bon nombre de dermatoses, on prescrit souvent des frictions sur tout le corps avec enveloppement pendant plusieurs jours de suite dans des couvertures de laine. Ce mode de traitement présente des avantages incontestables dans certaines affections cutanées généralisées ; il est parfaitement supporté par les malades. Serait-il, de prime abord, aussi bien accepté par les nôtres ? je n'oserais l'affirmer, malgré son utilité évidente. Et ce n'est pas seulement dans la population des hôpitaux que cette médication est utilisée, elle est appliquée parmi toutes les classes de la société. Tout le monde s'y soumet. Il me souvient d'avoir visité, il y a quelques années déjà, l'institut dermatologique du Dr Veiel à Cannstatt, près de Stuttgart, et là je vis, non sans étonnement alors, la plupart des malades soigneusement et méthodiquement enveloppés dans des couvertures de laine, et ne se plaignant nullement d'être condamnés ainsi à l'immobilité pendant plusieurs jours consécutifs. Toutes les nationalités s'y trouvaient représentées, et le traitement était appliqué, sous la direction du médecin, par des infirmiers expérimentés. Et, à ce propos, je ferai remarquer qu'il y a là une lacune dans notre pays, l'absence de maisons de santé pour le traitement des maladies de la peau. Ces maisons existent dans beaucoup de villes de l'Autriche, de l'Allemagne et de la Suisse, etc.; elles sont même souvent la propriété d'un médecin, voire même d'un professeur de la Faculté, ou bien sous sa direction immédiate.

L'avantage que les malades en retirent est incontestable : visites régulières du médecin, pansements méthodiques, régime approprié, vie calme, etc., en un mot, ils sont soignés comme le malade d'hôpital ; et nous savons tous que celui-là n'est le *déshérité* qu'aux yeux du romancier réaliste ou de l'économiste sentimental ; que, bien au contraire, il se trouve dans les meilleures conditions de guérison. Et pour les malades étrangers ou même seulement des districts voisins, n'est-ce pas un avantage précieux de pouvoir se faire soigner ainsi, — nous serions tentés de dire avantages de temps et d'argent.

En France, les instituts privés tenus par des médecins, les maisons de santé appartenant à des communautés religieuses où à des particuliers, sont destinés et ouverts aux maladies qui ressortissent à diverses branches de la médecine et de la chirurgie, aucune ne porte l'estampille unique de dermatologie. Les infirmiers ou infirmières doivent être aptes à tout faire. N'est-ce pas là trop exiger ou trop attendre de leur savoir et de leur bonne volonté

Digitized by Google

Aussi, croyons-nous qu'à Paris et dans toutes les grandes villes, notamment à Lyon, un établissement particulier dans lequel on trouverait un personnel rompu au traitement des maladies de la peau rendrait de réels services. Bien des étrangers viennent en France pour consulter nos spécialistes, et, en l'absence de toute maison de santé appropriée, ils n'ont pas d'autre ressource que de prendre une chambre au pavillon Gabrielle de l'hôpital Saint-Louis, ce que la plupart n'acceptent pas, ne sauraient accepter. Force leur est donc de rester à l'hôtel, où, malgré la meilleure volonté des employés, ils ne sauraient trouver des soins aussi compétents, partant aussi profitables, que ceux qu'ils rencontreraient dans un institut privé avec des infirmiers habitués à toutes les manœuvres, à tous les procédés de la pratique dermatologique. Il y a là une lacune à combler, peut être, ce qui sera mieux entendu, une fortune à faire. (*A suivre.*)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

I. — Encyclopédie internationale de chirurgie, publiée sous la direction du docteur John Ashhurst et illustrée de figures intercalées dans le texte. Ouvrage précédé d'une introduction, par L. Gosselin, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

Six volumes grand in-8°, de chacun 800 pages à deux colonnes, avec environ 2000 figures. Chaque volume se composera de 5 fascicules de 160 pages chacun.

Prix de chaque fascicule 3 fr. 50, chez J.-B. Baillière.

II. — Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten, von Moritz Kaposi.

(2e édition) 1883.

Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg.

III. — Dr Z. Krówczynski. C. R. Radca Sanitarny we Lwowie SYFILIDOLOGIJA.

Un volume in-8°, Krakow, 1883.

IV. — Mathieu Albert — Purpuras hémorragiques, Essai de nosographie générale.

Paris, in-8°, 1883, 2 francs, chez A. Coccoz.

Le Gérant : G. MASSON

Société d'imprimerie Paul Dupont. Paris, 41, rue J.-J.-Rousseau. (Cl.) 64.3.83.

Digitized by Google

TRAVAUX ORIGINAUX

MÉMOIRES

I

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU « LEPOCOLLA REPENS » (1) LE CHAMPIGNON ÉLÉMENTAIRE DU PSORIASIS.

Par le Dr Fr. EKLUND (de Stockholm).

Dans la cinquième année (1878) du *Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis* de Vienne, le professeur Edouard Lang a cherché à établir, au moyen d'une irréfutable démonstration par l'analogie, la justesse de son opinion qui lui faisait considérer le psoriasis comme une dermatomycose. Plus tard ce même auteur, dans la sixième année du journal précité, donne un plus grand développement et une nouvelle force aux idées qu'il avait précédemment exposées sur ce sujet ; dans ce deuxième travail il appelle l'attention des hommes de la science sur ce fait que le pronostic du psoriasis serait beaucoup plus favorable sous tous les rapports, si l'on pouvait prouver que la vraie cause de cette maladie est l'introduction de champignons dans les couches cellulaires de l'épiderme ; de plus il y donne une description courte, mais très frappante, des éléments parasitaires découverts par lui. D'après cela ce spécialiste, toujours à la recherche de la vérité, démontre (2) que la guérison définitive du psoriasis, que l'on avait jusqu'alors toujours regardé comme complètement incurable, peut être obtenue à l'aide d'un traitement antiparasitaire, méthodique, convenablement dirigé. A l'appui de son dire, il rapporte quatre observations de malades, très démonstratives et très exactes. Enfin le Dr Ed. Lang, dans le numéro 208 du *Recueil clinique* de Volkmann, donne un résumé complet de ses opinions sur la nature et l'essence du psoriasis, et de tous les phénomènes qui se rattachent le plus étroitement à cette affection. Ces recherches du professeur Lang, recherches consciencieuses et qui sortent de la voie ordinaire, le professeur Moritz Kaposi semble (*Moritz Kaposi, Pathologie et Thérapeutique des maladies de la peau*, 2e édition, Vienne 1882) vouloir les ignorer complètement, tandis que le Dr Gustave Behrend, dans la deuxième édition de son *Traité des maladies de la peau*, qui vient justement de paraître

(1) De λέπος, écaille, et κόλλα, colle.
(2) *Vierteljahrschrift für Dermatologie und Syphilis*, p. 473-485, Wien, 1880.

Digitized by Google

(Berlin, 1883, p. 264), les cite d'une façon très élogieuse, et que d'un autre côté le Dr Ernst Schwimmer, de Buda-Pesth, non seulement s'efforce — mais en vain — de repousser toute la démonstation si parfaite du professeur Lang, mais encore il révoque en doute la réalité de ses recherches microscopiques, et cela en s'appuyant sur des motifs dont Lang a pu justement faire usage avec le plus grand avantage, ainsi que je le montrerai plus tard, pour étayer solidement sa théorie parasitaire.

Sans avoir eu connaissance des notices littéraires que je viens d'énumérer, j'entrepris pendant l'automne dernier d'examiner une grande quantité d'écailles de psoriasis obtenues par le grattage. L'exfoliation des efflorescences du psoriasis me permit de pénétrer facilement sous la *cuticule du psoriasis* (L. Duncan Bulkley et Lang) à une profondeur telle que j'atteignais même la paroi externe des capillaires dilatés. De ces écailles, relativement épaisses, je me hâtais de faire de suite à l'aide d'un bistouri très tranchant des préparations microscopiques que je déposais immédiatement sur l'objectif dans une goutte de solution de potasse caustique (34 : 300) et que j'examinais à l'instant même. J'observai alors constamment que ce sont précisément les parois des capillaires qui représentent le point de départ de la dermatomycose si fidèlement décrite par Ed. Lang. On voit très exactement que les filaments de champignons lisses et transparents (dont le diamètre, qui est partout le même dans un même individu, varie entre 0,6 et 0, 8 μ, et la longueur, entre 9 et 27 μ et au delà) se comportent principalement de trois manières: ou bien ils montent isolément dans les quatre différentes couches du réseau de Malpighi, ou bien ils forment des réseaux reliés entre eux et marchant le long des mailles fortement serrées des parois des vaisseaux capillaires, ou enfin ils se ramifient sous forme de faisceaux dans et entre les cellules du réseau de Malpighi. Aussitôt que, par l'action de la solution de potasse caustique, les cellules de l'épiderme commençaient à se séparer les unes des autres, j'observai que quelques cellules restaient encore reliées ensemble d'une manière persistante par une sorte d'entrelacement des filaments parasitaires que nous avons décrits précédemment, tandis que d'autres qui étaient réellement séparées les unes des autres étaient simplement reliées entre elles par des sortes de ponts formés par des filaments de mycélium qui pendillaient çà et là. Les micrococcus de ces filaments parasitaires se présentaient, en général, sous deux aspects: ou bien ils étaient réunis en gros pelotons faciles à reconnaître, situés dans le voisinage immédiat des filaments, ou bien ils se montraient sous forme de spores (?) isolés, ronds, brillants, hyalins, tranchant très nettement sur leur entourage, extraordinairement gros (1 μ), tenant aux parois des vaisseaux (exogènes). Lorsque les filaments de champignons nageaient librement dans la solution de potasse caustique, ils étaient

Digitized by Google

ordinairement très longs, atteignant 27 μ et plus, étendus tous droits ou légèrement courbés, simples ou fendus en deux. Dans le premier cas, j'ai très souvent remarqué que l'une des extrémités (la supérieure) du filament était pourvue d'un bouton en forme de poire.

Le premier problème que j'eus alors à résoudre était de savoir s'il existe dans la peau humaine normale des éléments anatomiques qui peuvent être confondus avec les productions que nous venons de décrire? A cet égard nous devions diriger notre attention spécialement sur les fibres élastiques du tissu cellulaire et des nerfs, sur les vaisseaux lymphatiques capillaires et sur les canalicules nourriciers. Relativement aux fibres élastiques du tissu cellulaire, nous savons que c'est dans la partie réticulaire de la peau qu'elles sont le plus abondandes, que de là elles vont se perdre progressivement vers la surface (1) et que, quand on les arrache, leurs extrémités sont généralement enroulées (2).

J'avais ensuite à répondre à cette question : n'ai-je pas faussement pris des fibres de tissu cellulaire pour ces filaments de champignons que j'ai décrits ? La réponse est très simple et, comme je l'espère, réellement concluante, c'est que l'épiderme (3) est complètement dépourvu de structure fibreuse. Pour ce qui concerne les fibres nerveuses, Langenhaus (4), von Biesiadecki et d'autres encore ont cru avoir observé le passage de fibres dépourvues de substance médullaire à travers le réseau de Malpighi, fibres qui se terminaient au milieu des cellules épidermiques sous forme de nœuds terminaux ou de corpuscules étoilés se colorant d'une façon intense par le chlorure d'or. D'après Ranvier (5), on voit des fibres nerveuses qui courent dans les papilles, atteignent la surface de ces dernières et après avoir parcouru sous la *membrane propre* un trajet plus ou moins long, plus ou moins compliqué, après avoir parfois communiqué avec les fibres nerveuses avoisinantes, produisent des branches dépourvues de substance médullaire qui pénètrent dans l'épiderme. Un peu plus loin Ranvier dit encore (6) : « Les fibres nerveuses qui pendant la première partie de leur trajet intra-épidermique étaient régulières, deviennent finalement variqueuses (ou sinueuses) et se résolvent dans le voisinage de leurs extrémités en petits grains ou en gouttelettes qui, par suite du développement épithélial, peuvent pénétrer jusque dans la *couche granuleuse*. » On remarque aussi (7) que les fibres nerveuses qui marchent dans l'épiderme, et qui toutes sont dépouvues de substance médullaire,

(1) Dr Gust. Behrend. *Lehrb. der Hautkrankh.*, p. 2, Berlin, 1883.
(2) Foldt. *Lehrb. der Gewebelehre*, p. 109, Stuttgart, 1877.
(3) Moritz Kaposi. *Pathol. u. Therap. der Hautkrank.*, p. 29, Wien, 1882.
(4) Foldt. *Op. cit.*, p. 537.
(5) Ranvier. *Traité technique d'histologie*, p. 900-901, Paris, 1882.
(6) Ranvier. *Op. cit.*, p. 904.
(7) Ranvier, *Op. cit.*, p. 912.

Digitized by Google

se ramifient en branches de plus en plus fines. Ces branches, dans leur ensemble, représentent un peu un arbre très élégant dont les dernières ramifications se terminent par des ménisques de sensibilité qui, sous le rapport de la forme, ressemblent à des feuilles de lierre. La différence est manifeste comparativement aux boutons piriformes par lesquels se terminent les filaments parasitaires que nous avons décrits.

Les parois des capillaires lymphatiques sont uniquement composées d'une simple couche de cellules d'endothélium (1). Les espaces et les canalicules nourriciers représentent (2) un réseau délicat, transparent dans lequel on peut distinguer des espaces vides assez larges, ovales, d'où partent en rayonnant des lignes blanches plus ou moins grosses ou fines, droites ou dentelées, qui se réunissent un grand nombre de fois entre elles et avec les espaces plus larges.

Pour arriver à un jugement définitif sur la nature des filaments que j'observais constamment, je plaçai des écailles de psoriasis dans un appareil à culture; comme liquide nutritif, je me servis d'une solution soigneusement stérilisée par une ébullition répétée et convenablement mélangée d'eau, du liquide végétal recommandé par M. le directeur Dahl. Il en résulta que, après un délai moyen de vingt-quatre heures, sous une température d'environ 37° C., il avait poussé de très longs filaments de mycélium sur plusieurs points des écailles épidermiques. Après un nouveau délai de 24 à 48 heures, les filaments parasitaires présentaient des spores endogènes complètement développés. Ces spores étaient d'un blanc d'argent brillant, rectangulaires ou ovales, à peu près une fois et demie à deux fois aussi longs que larges, ils occupaient toute la largeur des filaments de mycélium dans lesquels ils se trouvaient placés, à une distance les uns des autres à peu près double de leur longueur. A la surface on reconnaît manifestement un épisporium. Les filaments de mycélium se dissocièrent d'une manière tout à fait progressive en tout petits morceaux qui fondirent et finirent par disparaître, tandis que les spores brillants comme de l'argent nageaient librement dans le liquide nutritif. — Après avoir transplanté des filaments de mycélium, contenant des spores, dans un bouillon de Liebig très étendu et stérilisé conformément aux règles les plus strictes de la science, on observa que des filaments très grêles de mycélium naissaient de ces spores brillants et que dans ces filaments fins, qui venaient justement de se former à nouveau, il commençait à se développer des spores endogènes.

Maintenant il me reste encore à démontrer jusqu'à quel point la présence des parasites végétaux que nous avons décrits plus haut peut expliquer tous les symptômes que l'on observe dans le psoriasis, ainsi

(1) Foldt. *Op. cit.*, p. 276.
(2) Foldt. *Op. cit.*, p. 286.

Digitized by Google

qu'à faire connaître d'où provient le champignon et à rechercher si dans la doctrine des parasites végétaux l'on peut trouver quelques genres présentant une certaine analogie avec lui. On sait que dans le psoriasis la rougeur et le gonflement de la peau précèdent la formation desécailles (1); que dans le plus grand nombre des cas, le psoriasis débute sur des points disséminés sur toute l'étendue de la surface de la peau (2) ; que jamais les efflorescences primitives du psoriasis (des monticules d'écailles) ne sont isolées, mais qu'elles surviennent toujours en grandes quantités mais toujours séparées les unes des autres par des portions plus ou moins étendues de peau saine (3) ; on sait également que les écailles ont leur siège sur un fond rouge, peu élevé, saignant facilement (4) et enfin, qu'au lieu de l'exfoliation normale et insensible de l'épiderme, on observe dans le psoriasis une quantité considérable de petits amas blancs, fortement adhérents, de squammes épidermiques détachées, accumulées les unes sur les autres.

Nous avons donc, dans le psoriasis, d'un côté un élément irritatif, qui se manifeste par une sensation de démangeaison, par de l'hyperémie, une dilatation chronique des vaisseaux, par l'exsudation et l'hyperplasie des cellules épidermiques, et, d'autre part, une circonstance qui constitue un obstacle considérable à l'exfoliation insensible des cellules de l'épiderme, de manière que celles-ci restent réunies d'une façon presque inséparable en amas assez volumineux d'écailles qui adhèrent fortement aux replis des vaisseaux capillaires sous-jacents et dilatés des papilles.

D'après l'exposé que nous avons tracé ci-dessus, il est incontestable que les filaments parasitaires que nous venons de décrire, avec leurs micrococcus et leurs spores, fournissent les deux éléments de la production du psoriasis : irritation et agglutination. De même il serait difficile d'élever quelques objections valables contre l'explication de la production abondante et simultanée des efflorescences primitives du psoriasis et de la production consécutive par embolies de spores qui, primitivement endogènes, deviennent bientôt libres et s'attachent facilement aux parois des vaisseaux capillaires des papilles ; quant à ce fait bien connu que les couches profondes, propres, du chorium, ne sont pas envahies par la maladie, comme aussi que les efflorescences du psoriasis sont toujours séparées les unes des autres par des portions plus ou moins considérables de peau saine, on sait que le système vasculaire papillaire et sous-papillaire de la peau est, jusqu'à un certain degré, indépendant de la couche vasculaire profonde, ce qui explique d'une façon plausible ce

(1) Kaposi. *Op. cit.*, p. 388.
(2) Hebra. *Acute Exantheme u. Hautkrankh.*, p. 278, Erlangen, 1860.
(3) Hebra. *Op. cit.*, p. 275.
(4) Hebra. *Op. cit.*, p. 272.

Digitized by Google

fait bien constaté, à savoir : que les phénomènes d'inflammation cutanée qui se localisent et se propagent principalement au-dessous des papilles, le long des troncs vasculaires horizontaux, peuvent exister pendant longtemps d'une façon pour ainsi dire indépendante, tandis que de l'autre côté, dans la couche papillaire qui possède un réseau vasculaire spécial dont le plan semble encore se réduire à quelques points jusqu'à un certain degré indépendants, il peut se produire un travail considérable d'hyperémie et même d'exsudation, tandis que les couches plus profondes de la peau paraissent complètement intactes, ne semblent pas du tout être intéressées (1).

L'accroissement ultérieur de chacune des efflorescences du psoriasis, dépend très probablement de la propagation progressive des filaments du lepocolla le long des parois et dans les couches cellulaires de l'épiderme.

Quelle est la cause de l'arrêt quelquefois persistant de l'extension centrifuge, parfois, au contraire, rapide, des efflorescences du psoriasis sous forme d'anneaux qui vont s'élargissant toujours? Le professeur Ed. Lang a donné une explication exacte de ce phénomène : c'est que l'espace compris dans chacun des anneaux éprouve une immunité temporaire résultant d'un épuisement du sol nourricier (ou du champignon? (2))

Dans l'examen microscopique des éléments de champignons qui voltigent dans l'air, ou bien qui proviennent des différentes eaux naturelles ou du sol sain, il n'est pas extraordinaire de rencontrer des filaments de mycélium qui ressemblent beaucoup à ceux du lepocolla repens. Toutefois je n'ai jamais, jusqu'ici, vu se développer naturellement dans ces filaments en question les spores endogènes que j'ai constatés dans le lepocolla repens. Ces éléments parasitaires possèdent une faculté vraiment étonnante de résistance aux réactifs, faculté dont le Dr Ernst Schwimmer (3) nous donne une preuve sérieuse quand il dit : « Seule la solution de potasse caustique, appliquée sous le microscope même, a toujours révélé la présence d'une quantité considérable de spores de champignons. »

Parmi nos animaux domestiques, il n'est pas rare du tout d'observer le psoriasis chez les chevaux. Aussi, ne devons-nous pas nous étonner si les cochers qui manient journellement l'étrille, forment un contingent assez considérable parmi les malades atteints de psoriasis.

Qu'il nous soit permis d'émettre également cette hypothèse que le lepocolla repens peut être introduit primitivement dans les poumons avec les poussières contenues dans l'air. Le cas rapporté par Hebra (4) d'une

(1) Kaposi. *Op. cit.*, p. 34 et 53.
(2) Eklund
(3) Dr Ernst Schwimmer. *Op. cit.*, p. 6.
(4) Hebra. *Erste Auflage der Hautkrankh.*, p. 281, Erlangen, 1860.

Digitized by Google

hémoptysie chez un sujet rachitique éveille toujours en moi la pensée que le lepocolla repens, puisque tant de parasites végétaux différents provoquent des hémorragies pulmonaires, a été la vraie cause des crachements de sang répétés et que le psoriasis qui a guéri avec une rapidité si extraordinaire n'était qu'un phénomène secondaire.

Pour ce qui est de la prétendue hérédité du psoriasis, je veux seulement faire observer que les cas que l'on en a cités peuvent s'expliquer d'une façon beaucoup plus simple par la transmission directe du champignon accomplie par les parents, grands-parents ou autres, qui étaient eux-mêmes atteints de la maladie. Aussi devrait-on, à mon avis, considérer le psoriasis vulgaire comme étant une maladie de peau chronique, miasmatique et contagieuse, offrant les exacerbations aiguës, et dépendant des conditions naturelles de développement et d'accroissement du lepocolla repens.

En dehors de l'analogie qu'ils ont avec les autres parasites de l'épiderme, et en particulier avec l'achorion, Schœnleinii et le microsporon furfur, les spores endogènes du lepocolla repens offrent une certaine ressemblance avec le *plax scindens*, les cellules-contages de la fièvre scarlatine. Les différences toutefois sont bien nettes. Ainsi : 1° les bords du *plax scindens* n'ont aucunement le brillant argenté que l'on observe dans le lepocolla repens, au contraire ils sont plutôt foncés; 2° les cellules du *plax* sont toujours animées de mouvements tournoyants, perforants, en scie ou en vis, tandis que les spores du *lepocolla repens* obéissent simplement aux mouvements que leur imprime le liquide dans lequel on les examine; 3° les cellules du *plax* sont de vraies schizomycètes, c'est-à-dire qu'elles se multiplient naturellement par la division transversale des nucléoles d'abord, puis des noyaux, et enfin par l'étranglement des cellules elles-mêmes, tandis que le *lepocolla repens* se multiplie non seulement par l'accroissement et la végétation des filaments de mycélium, mais encore et surtout par la production endogène de spores; 4° enfin j'ai observé, en cultivant artificiellement dans une solution de gélatine des squammes provenant de la fièvre scarlatine, j'ai observé, dis-je, qu'une quantité considérable de cellules du *plax scindens* se développent directement sous forme de schizomycètes sans avoir passé par celle de filaments de mycélium.

Ainsi qu'à Ed. Lang, l'usage d'un traitement local parasiticide (par la glycérine phéniquée), m'a été d'une grande utilité.

Suède (Stockholm).

Digitized by Google

II

DES TROUBLES DE LA SÉCRÉTION ET DE L'EXCRÉTION SPERMATIQUES.

Par le Dr O. GUELLIOT, ancien interne des hôpitaux.

Les troubles fonctionnels de l'appareil de la génération chez l'homme ne paraissent pas avoir beaucoup attiré jusqu'ici l'attention des médecins, ou si quelques observations ont été publiées, si quelques travaux ont paru en France et à l'étranger, c'est presque toujours la spermatorrhée que les auteurs ont eu en vue, comme si l'incontinence spermatique était le seul désordre qui puisse affecter une des plus importantes fonctions de l'économie, celle qui est préposée à la perpétuité de l'espèce.

Nous avons dû, pour un travail sur l'anatomie et la pathologie des vésicules séminales (1), aborder de près ces questions, et c'est parce que nous nous sommes convaincu de l'absence d'étude sérieuse sur la plupart de ces symptômes fonctionnels que nous avons réuni les documents épars et que nous allons essayer de donner un résumé de nos recherches, que l'on trouvera ailleurs exposées avec plus de détails.

Nous laissons de côté les troubles de *l'érection* (priapisme, satyriasis, anaphrodisie), sur lesquels il existe des renseignements suffisants dans les ouvrages spéciaux, dans les traités généraux et dans les articles de dictionnaires.

A. Troubles de la sécrétion spermatique.

Les phénomènes morbides qui ressortissent à la sécrétion spermatique sont de plusieurs ordres : tantôt il y a modification des éléments préexistants, tantôt il y a adjonction d'éléments nouveaux, étrangers au sperme normal.

Nous ne ferons que signaler la fluidité anormale de la semence, ce que Spring appelle improprement la *spermocrasie* (2). Cette modification a déjà été notée par Cusson, qui en fait une variété de dyspermatisme (*Dysp. serosus*) (3), il cite le cas de nullité de mariage prononcée contre un Italien qui, affaibli par des excès de masturbation, ne rendait qu'une semence séreuse « don-

(1) Octave Guelliot. Des vésicules séminales (*Anatomie et Pathologie*), *Thèse de Paris*, 1882.

(2) Spring, Vanlair et Masius. Symptomologie ou traité des accidents morbides, t. II, 1875.

(3) Sauvages. Nosologie méthodique. Lyon, 1872, in-12, t. VIII, p. 427.

Digitized by Google

il ne restait autre chose que le vestige que l'urine laissait sur le linge. » Consbruch et Faye (1) en ont également parlé. Cette diminution de consistance n'a du reste d'intérêt que quand elle coïncide avec l'absence de spermatozoïdée dont nous allons bientôt parler.

Contrairement à cet état de fluidité exagérée, le sperme peut offrir une consistance trop considérable, et cette dyscrasie est beaucoup plus intéressante, puisqu'elle peut avoir pour résultat l'impossibilité de l'éjaculation et, par conséquent, la stérilité. La cause en est dans la mutiplication et l'accumulation de certains éléments sécrétés par les vésicules séminales, les *sympexions* et le *mucus*. Les premiers s'agglomèrent, forment des concrétions de 1 à 3 millimètres de diamètre; le sperme prend alors un aspect granuleux tout spécial, ou si les petits corps étrangers sont assez volumineux, ils oblitèrent les conduits éjaculateurs et donnent lieu aux phénomènes de *coliques spermatiques*. D'autres fois, les concrétions, au lieu d'être solubles dans l'acide acétique, sont simplement striées par ce réactif; elles sont formées en presque totalité de *mucus* et de *spermatozoïdes;* on les trouve, dans les autopsies, logées dans les alvéoles des vésicules et atteignant parfois le volume du cristallin; dans les éjaculateurs, elles se moulent sur le canal et constituent des cylindres à surface mamelonnée assez résistants aux doigts.

Qu'il s'agisse de concrétions muqueuses ou d'amas de sympexions, le symptôme qui les révèle sur le vivant est la *colique spermatique* (Reliquet) (2). Celle-ci comprend elle-même deux phénomènes primordiaux : une douleur vive à la fin du coït et l'absence d'éjaculation, et des symptômes secondaires, d'origine réflexe : troubles de la miction et de la défécation. Dans les deux cas, aussi, le toucher rectal permet de sentir des nodosités dures au niveau d'un des éjaculateurs, et la pression, combinée avec le cathétérisme, permet le plus souvent de dégager le canal, d'exprimer la concrétion et d'expulser le corps du délit dont on peut faire ensuite l'examen histologique et chimique.

Ces mêmes concrétions, et ceci s'applique surtout à celles qui ont la mucine pour base, peuvent se charger de sels minéraux et passer à l'état de *calculs vrais*. Nous en avons rassemblé huit observations. Dans celles où la composition chimique est indiquée, on note la présence de carbonate et surtout de phosphate de chaux. La lithiase spermatique est une maladie des vieillards, et les calculs se développant alors que les fonctions génitales sont abolies, ne donnnent lieu souvent à aucun symptôme qui puisse mettre sur la voie de leur diagnostic; dans deux observations seulement (vieillards de 60 et 80 ans), on signale une excitation génitale, et, dans une autre (homme de 77 ans), il est dit que les éjaculations étaient énergiques et douloureuses.

Les modifications les plus importantes sont celles qui portent sur la partie essentielle du sperme, sur l'élément noble ou le spermatozoïde.

Il n'existe pas d'exemple probant d'arrêt de développement ou de modifications de forme de cet élément, et l'on peut dire, avec Robin, que tout corps qui n'a pas les caractères d'un spermatozoïde n'est pas un spermatozoïde.

En revanche, le non-développement de ceux-ci, *l'azoospermie*, est un fait assez fréquent et dont il est inutile de faire ressortir l'importance. Nous serons cependant bref sur ce sujet, qui a été étudié avec soin déjà par plusieurs auteurs : nous renvoyons à leurs travaux les lecteurs qui désireraient faire

(3) Faye. De vesiculis seminalibus Dissertatio. Skienœ, 1840-1841, in-8°.
(1) Reliquet. Coliques spermatiques. Paris, 1880, in-8°.

Digitized by Google

une étude complète de ce désordre de la sécrétion spermatique (1). Nous nous contenterons de donner la liste des causes qui peuvent lui donner naissance.

Existe-t-il une *azoospermie essentielle?* Nous ne le croyons pas, et, dans toutes les observations, on peut invoquer, soit une lésion de l'appareil génital, soit une affection générale, pour en expliquer la production.

Normalement, physiologiquement, la production des spermatozoïdes s'arrête à un âge qu'il est difficile de déterminer, tant il est variable selon les individus ; s'il en est qui deviennent inféconds à 60, 55, 50 ans, il en est d'autres, au contraire, qui conservent leur aptitude génésique jusqu'à un âge fort avancé. Aurait-on des doutes sur les paternités tardives, dont quelques-unes, celles de Caton le Censeur, de Massinissa, de Ladislas de Pologne, de Thomas Pœrr, sont célèbres, que les recherches scientifiques récentes les légitimeraient : on a constaté la présence de spermatozoïdes dans le sperme d'homme de 82 ans (Duplay), de 86 ans (Dieu) et même de 96 ans (Casper).

Les affections de l'appareil génital qui peuvent entraver la sécrétion spermatique sont nombreuses.

On sait, depuis les travaux de Goubaux, de Follin et de Godart, que les testicules ectopiés perdent leur propriété de spermatogénèse ; le cryptorchide complet est donc infécond comme l'anorchide.

Les inflammations testiculaires et épididymaires produisent parfois le même phénomène. Ici il faut faire une distinction. Pendant le cours d'une épididymite blennorrhagique, le sperme, outre différentes modifications que nous signalerons tout à l'heure, peut être privé de son élément fondamental; encore, pour cela, il faut que l'inflammation se soit étendue aux deux canaux spermatiques, et quelle ait une certaine intensité ; dans le cas contraire, les spermatozoïdes se retrouvent, rares il est vrai, dans le liquide d'éjaculation.

D'un autre côté, l'inflammation laisse après elle des noyaux d'induration qui, en oblitérant le canal épididymaire ou l'origine du déférent, empêchent le passage des spermatozoaires. Ces faits ont été trop bien mis en lumière par notre excellent maître, le professeur Gosselin, pour que nous y insistions ; ils ont été depuis vérifiés par Godart et Liégeois, et en résumant les recherches de ces auteurs, on arrive aux résultats suivants :

(1) On consultera spécialement :

Davy. Observ. on the Fluid in the vesiculæ seminales. (*The Edimburg méd. and surg. Journal*, 1838, vol. 51, p. 1.)

Gosselin. Mémoire sur l'oblitération des voies spermatiques. (*Arch. de méd.* 1847, XIV, p. 405 et *Nouvelles études, Arch. de méd.* 1853, t. II, p. 237.)

Levy. Ueber den inhalt der Samenblasen. (*Deutsch klinik*, 1858 et *Constatt's*, 1856, I.)

Duplay. Recherches sur le sperme des vieillards. (*Arch. de méd.*, 1852, t. XXX, p. 285.)

Godart. Étude sur la cryptorchidie et la monorchidie chez l'homme, Paris 1857, in-8°

A. Dieu. Recherches sur le sperme des vieillards. (*Journal de Robin*, 1867, t. IV, p. 449.)

Montegazza. Sur le sperme de l'homme et sur l'anatomie pathologique du testicule. (*Journal de Robin*, 1868, p. 181.)

Liégeois. Influence des maladies du testicule sur la composition du sperme. *Annales de dermatologie*, 1869, p. 405.)

Robin. Article sperme. (*Du Dict. encyclopédique*, 1882.)

Digitized by Google

Individus ayant eu des épididymites doubles.	Spermatozoïdes dans le liquide d'éjaculation.
25 (Gosselin)	5 fois.
35 (Godart)	1 —
23 (Liégeois)	2 —
83	8 fois.

Ainsi, dans un dixième des cas seulement, la fonction spermatique était redevenue normale. M. Gosselin a montré que, dans ces oblitérations épididymaires, le testicule continue à sécréter, et que la disparition de l'obstacle rend immédiatement à la semence ses qualités habituelles; quant à la quantité, elle reste la même dans tous les cas, la plus grande part de l'éjaculation étant fournie par les déférents, les vésicules et la prostate.

Nous signalerons encore, parmi les causes d'aspermie, l'*atrophie testiculaire* (Dieu, Godart), quelle qu'en soit l'origine; le *varicocèle*, pour peu qu'il soit volumineux, peut produire le même effet (Curling, Gosselin, Dieu), surtout lorsqu'il siège au niveau de la queue de l'épididyme (Doumenge); nous avons eu nous-même l'occasion de faire l'autopsie d'un homme de 43 ans, portant une lésion de ce genre : ni ses épididymes, ni ses vésicules ne renfermaient de spermatozoïdes. Enfin, dans 5 cas, Dieu a vu l'azoospermie coïncider avec une volumineuse *hydrocèle*.

Ce que l'on connaît moins bien, c'est l'influence des *maladies générales* sur la fonction spermatique. On a signalé l'absence de spermatozoïdes chez des sujets atteints de fièvre typhoïde, de méningite, de pneumonie, d'ictère grave (Spring, Vanlair et Masius), de péricardite (Montegazza); mais ces faits auraient besoin de confirmation. Maintes fois nous avons constaté la présence de spermatozoïdes dans les vésicules d'individus enlevés par des maladies aiguës, en particulier la fièvre typhoïde, sauf le cas d'altérations concomitantes de l'appareil général.

L'influence des maladies chroniques paraît un peu plus évidente, mais elle a été trop exagérée.

Nous ne croyons pas que le *diabète* puisse être incriminé : deux fois, du moins, nous avons recherché et trouvé les spermatozoïdes chez des glycosuriques.

La phtisie pulmonaire semble diminuer la sécrétion spermatique; du moins la plupart des auteurs, Davy et Lévy entr'autres, lui reconnaissent cette action; souvent cependant, les animalcules existent en qualité suffisante dans les déférents ou les vésicules de sujets qui ont succombé à cette maladie, et, si l'azoospermie peut se montrer en dehors de lésions tuberculeuses de l'appareil général lui-même, nous la croyons relativement rare; les phtisiques sont surtout *impuissants*, et la stérilité n'est, dans l'immense généralité des cas, que relative, c'est-à-dire que l'érection fait défaut et que le coït devient de ce fait impossible.

Une fois nous avons noté l'absence de spermatozoïdes chez un homme de 60 ans, atteint depuis près d'un an de bronchite fétide : il n'y avait pas de tubercules dans les poumons, pas de lésions matérielles des voies génitales.

Enfin, nous noterons, en terminant, que M. Lancereaux a signalé l'abondance des sympexions et la rareté des spermatozoïdes dans le liquide séminal

Digitized by Google

des alcooliques : « d'où cette conséquence, que l'action de l'alcool produit sur les organes génitaux de l'homme une sénilité prématurée. »

Nous avons dit tout à l'heure que des éléments étrangers peuvent s'ajouter à ceux qui constituent le sperme normal : ce sont l'air, le sang et le pus.

Ce n'est que pour mémoire que nous parlons du *sperme spumeux*, de Sauvages, qu'on pourrait appeler *aerospermie* (1). Les quelques observations que nous connaissons, et qui appartiennent à Zacutus Lusitanus, à Frederik Hoffmann, à G. Caldera de Heredia, sont trop peu probantes pour entraîner la conviction. Celle de Caillou (*Annales cliniques du Journal des sciences médicales de Montpellier*, 1811, t. XXIX, p. 349), est un peu plus détaillée.

Si ces faits sont exacts, il faut admettre qu'une certaine quantité d'air peut être aspirée au début de l'érection et pénétrer dans l'urèthre; mais, en tout cas, ils ne sont que tout à fait exceptionnels et ne peuvent être invoqués comme un argument en faveur de la théorie de l'éjaculation, telle que l'a comprise Bœckel.

L'éjaculation purulente, la *pyospermie* est mieux connue. Elle indique une suppuration des voies génitales. M. Terrillon l'a étudiée avec soin dans l'orchite blennorrhagique, et nous renvoyons au travail qu'il a publié dans les *Annales de Dermatalogie* de 1880 (t. I, p. 440). L'auteur s'attache surtout à prouver qu'il existe dans ces cas un véritable catarrhe purulent des voies génitales. Mais il faut bien savoir que ce symptôme peut s'observer en dehors de la complication épididymaire, et nous avons pu faire une autopsie de blennorrhagique chez qui l'inflammation ne s'était pas propagée au delà des vésicules séminales : celles-ci étaient absolument pleines de pus (*loc. cit.*, p. 124). La blennorrhagie, les recherches anatomo-pathologiques et expérimentales le démontrent, produit une inflammation du conduit spermatique qui se traduit d'abord par des lésions de vascularisation, des épanchements sanguins, puis par la suppuration et des phlegmasies de voisinage.

Aussi, les éjaculations sanguinolentes ou hématiques, l'*hémospermie*, précèdent-elles souvent les émissions purulentes; elles sont plus fréquentes qu'elles et méritent que nous nous y arrêtions un instant, d'autant plus qu'aucun auteur jusqu'ici ne les a étudiées spécialement : on les voit seulement signalées incidemment dans quelques ouvrages consacrés à la pathologie de l'appareil génital.

L'émission, dans ces cas, est, ou complètement sanguinolente, ou rougeâtre, brune, rose, rouillée. Au microscope, on y constate des globules rouges, intacts ou fragmentés, des grains d'hématoïdine et de gros éléments arrondis plus ou moins noirs : ce sont des leucocytes ou des sympexions chargés de matière colorante du sang. Les spermatozoïdes ne font défaut que si le sang est en grande abondance ou si la lésion qui a causé l'hémospermie est aussi capable d'entraver la spermatogénèse.

Ordinairement indolore, l'éjaculation hématique devient très pénible quand elle est sous la dépendance d'un état inflammatoire des voies séminales, et nous avons cru pouvoir faire de l'hémospermie douloureuse un signe important de spermatocystite aiguë ou chronique. Enfin, cette petite hémorragie a toujours une grande influence sur le moral du patient, et, plusieurs fois

(1) Ne pas confondre avec l'*aerospermie*, ou développement incomplet des spermatozoïdes, phénomène signalé par Montegazza, Spring, Vanlair et Masius, mais qu'on n'a cru exister que par suite d'une erreur d'interprétation.

Digitized by Google

déjà, nous avons vu des malades accourir effrayé en demandant un prompt remède à un accident qu'ils croient devoir compromettre leur avenir génital.

Les causes de l'hémospermie sont multiples.

Le ralentissement de la fonction spermatique, la continence prolongée, doivent être tout d'abord signalés : il n'est pas rare alors de voir de petites hémorragies se faire dans la cavité des vésicules, et un premier rapport sexuel évacue un liquide rougeâtre. C'est pour la même raison que ce phénomène est si fréquent chez les vieillards (Robin, Duplay, Dieu), et nous l'avons constaté huit fois, de 40 à 80 ans.

Les excès de coït amènent parfois un semblable résultat (Lallemand, Fleury), alors passager ; il en est de même des excès de masturbation (Tissot, Deslandes, Dalandeterie, Lallemand, Chopart) : quant aux pollutions nocturnes, elles ne sont sanguinolentes que lorsqu'elles sont symptomatiques d'une lésion locale.

Enfin, nous avons signalé les hémospermies des blennorrhagiques. Plusieurs auteurs en ont parlé (Lagneau, Vidal, Ricord, Velpeau. Fournier, etc.); mais la plupart ont le tort d'en faire un signe d'épididymite, et la mention qu'ils en font à propos de l'orchite blennorrhagique semble impliquer la provenance épididymaire ou testiculaire du liquide sanguin. Nous croyons que, dans ces cas, le sang vient uniquement des vésicules séminales : c'est déjà l'opinion de Lallemand, de Dolbeau, de Humphry, de M. Gosselin et de M. Fournier.

Les preuves ne manquent pas pour corroborer cette assertion. L'hémospermie peut, en effet, apparaître vers la 3e ou 4e semaine d'une uréthrite, et le testicule ne s'enflammera que quelques jours plus tard ; elle peut même ne pas être suivie d'épididymite (Obs. XX de notre thèse); de plus, à l'autopsie, on trouve constamment des lésions inflammatoires des vésicules, et l'on peut facilement constater que les globules rouges manquent ou sont fort peu abondants dans le déférent et les canaux de l'épididyme.

On a prétendu aussi (Lagneau, Nélaton, Cullerier), que le sang peut être fourni par la muqueuse uréthrale. Mais, lorsque l'hémorragie reconnaît cette provenance, elle se fait souvent en dehors de l'éjaculation ; le sperme passe difficilement et sort en bavant; la douleur est rapportée à l'extrémité de la verge ou au canal, et non au périnée ou au rectum, comme dans l'hémospermie vraie; enfin, les deux liquides ne sont jamais intimement mélangés.

De tous ces faits, nous croyons pouvoir conclure que le siège de l'hémospermie est le plus souvent, sinon toujours, l'appareil récepteur du sperme, c'est-à dire les vésicules avec leur canal excréteur et la partie terminale des déférents.) Tantôt il y a irritation de ces réservoirs (continence, vieillesse); d'autres fois, il y a congestion (excès de coït ou de masturbation), ou inflammation aiguë ou chronique (blennorrhagie, pollutions nocturnes). C'est de ce côté qu'il faudra chercher lorsqu'on sera en présence d'une hémospermie, et, si celle-ci est douloureuse, elle constituera un signe important de spermatocystite (1). »

Le pronostic en est, en général, très bénin, et l'hémorragie disparaît avec la cause qui l'a fait naître ; contre l'inflammation locale, on emploiera, s'il y a lieu, les antiphlogistiques locaux, les bains, les lavements calmants ; dans les autres cas, il suffit que le malade ne s'expose plus aux mêmes causes d'exci-

(1) O. Guelliot. *Des Vésicules séminales*, p. 222.

Digitized by Google

tation et laisse reposer ses organes génitaux (sauf quand il s'agit d'une hémospermie par stagnation); il est presque toujours nécessaire de le rassurer, de lui montrer le peu de gravité de l'accident dont il exagère les conséquences, et de lui promettre une guérison prochaine et complète.

B. Troubles de l'éjaculation.

Le plus connu des troubles de l'émission spermatique, le seul à peu près qui ait acquis droit de cité dans nos ouvrages classiques, est la *spermatorrhée*. On nous pardonnera donc de le laisser complètement de côté. Nous ferons simplement remarquer que la spermathorrée véritable est une affection rare, si l'on ne donne ce nom qu'à l'émission involontaire de sperme, c'est-à-dire le liquide contenant des spermatozoïdes, et si on laisse de côté les écoulements qui ne sont dûs qu'à une hypersécrétion des follicules uréthraux ou des glandes de Cooper. Ainsi envisagées, les pertes séminales sont parfois symptomatiques d'une lésion des voies génitales; dans l'immense majorité des cas, elles ne sont qu'un des nombreux symptômes d'un état névropathique, et doivent être décrites, comme l'a fait Rosenthal, avec les névroses génitales.

Nous en séparons un symptôme qui a toujours été confondu avec elles, l'éjaculation prématurée, que nous appelons *prospermatisme;* on peut la définir : l'émission de sperme avant que le coït ne soit consommé ou même avant que l'érection ne soit complète. Elle rentre dans la spermatorrhée de la plupart des auteurs, dans *l'impuissance morbide* de Lallemand, la *faiblesse des parties génitales*, de Niemeyer.

Il n'y a pas à proprement parler perte, incontinence séminale, mais exagération de l'action réflexe qui aboutit à l'éjaculation. Cet hyperexcitabilité est parfois causée par une lésion locale (phimosis, herpès, eczéma préputial, spermatocystite); plus souvent elle est sous la dépendance d'un état nerveux passager (crainte, désir longtemps contenu) ou habituel (nervosisme), celui-ci pouvant être lui-même exagéré par des excès antérieurs de coït ou d'onanisme.

Il est un autre désordre de l'éjaculation qui a son importance, puisqu'il peut avoir pour conséquence la stérilité : c'est le *dysspermatisme*, émission difficile ou impossible de la liqueur séminale (1).

Il est symptomatique ou essentiel.

Symptomatique, il reconnaît pour cause une lésion de l'*urèthre* (rétrécissement) de la *prostate* (testicules, calculs, abcès), ou des *éjaculateurs* (bles-

(1) Les auteurs qui ont le plus étudié ce symptôme, sont :
MM. Schurig. *Spermatologia historico-medica*. Francf., 1720.
Cusson. *Nosologie de Sauvages*, 1772, in-12, t. VIII, p. 427.
Corlieu. *Presse médicale belge*, 1845, p. 274.
Hicquet. *Bulletins de l'Acad. de médecine de Belgique*, 1861. t. VII, p. 482.
Schulz *Wien. med. Wochenschr.*, 1862, n° 49 et 50, et *Gaz. hed.*, 1863, p. 93.
Cosmao-Dumenez. *Gazette médicale*, 1863, p. 188 et 216.
Grégor Schmitt. *Würzb., med. Zeitchrift*,, 1862, et *Gaz. hebdom.*, 1863, p. 124.
W. Acton. *Fonctions et désordres des organes de la génération*, 1866, in-8°, p. 84.
Van Buren. *New-York, med. Journal*, 1869, vol. VIII, p. 126.
Bergh. *Hosp. Tidende*, Copenhague, 1878,.p. 721.

Digitized by Google

sure, calculs, inflammation). Une variété intéressante est celle qui est due à une rétroversion de l'embouchure des canaux éjaculateurs, ceux-ci se dirigeant vers la vessie au lieu de regarder la région membraneuse de l'urèthre. Cette déviation est le fait d'une uréthrite antérieure (La Peyronie, Lallemand, Desruelles), d'un traumatique (Cosmao-Dumenez), d'une compression habituelle du canal (Faye, Lallemand), d'une pustule variolique de l'urèthre (Lallemand). Alors le liquide séminal, au lieu de sortir par le canal, est projeté dans la vessie; les patients ont à ce moment la sensation d'une sorte de bouillonnement, et on retrouve les spermatozoïdes dans les urines rendues après le coït ou un rêve lascif. C'est pour ces cas que Lallemand a conseillé la cautérisation profonde de la région membraneuse en avant du verumontanum, de façon à produire une cicatrice rétractile qui puisse redresser les éjaculateurs déviés.

Le *dysspermatisme essentiel* est une névrose génitale, comme l'incontinance spermatique et le prospermatisme. Avec des organes parfaitement conformés, du reste, un homme ne peut, dans les rapports sexuels, arriver à la conclusion : l'érection est normale, mais l'émission fait défaut. Il n'y a pas à invoquer d'anomalie congénitale, car l'aspermatisant a presque toujours des pollutions nocturnes ; parfois aussi, les manœuvres d'onanisme produisent une éjaculation ; enfin, dans certains cas, les rapports génésiques sont complets avec toutes les femmes, à l'exception d'une seule, l'épouse légitime, dans les deux observations de Schulz.

Il faut donc bien admettre l'existence d'une névrose génitale qui se traduit, soit par un spasme, soit par une paralysie.

Nous ne croyons pas, quoi qu'en aient dit Corlieu, Roubaud et Schulz, que l'aspermatisme essentiel soit le fait d'un spasme des éjaculateurs, parce qu'il n'y a pas, dans ces canaux de fibres circulaires faisant office de sphincter, et que, d'autre part, si ce phénomène se produisait, il s'accompagnerait d'une douleur, d'une colique spermatique, ce qui n'existe pas : on ne peut davantage incriminer un spasme de l'urèthre, qui ne s'opposerait qu'à l'*éjaculation antérieure*, et permettrait au sperme de sortir, soit après l'érection, soit avec l'urine : or, dans toutes les observations de dysspermatisme essentiel, il est noté que les urines ne renfermaient pas de spermazoïdes.

Si l'éjaculation manque, c'est donc parce que les fibres lisses qui agissent dans le premier temps de cet acte ne se contractent pas ; il y a atonie, parésie habituelle ou passagère des muscles éjaculateurs : l'action réflexe, que nous avons vue produire le prospermatisme, lorsqu'elle s'exagère, fait défaut ici, et la cause en est souvent dans un état nerveux constitutionnel ou passager. Pendant la nuit, cet état n'existe plus, les réservoirs spermatiques se vident de leur contenu, et le sperme, en cheminant à travers les éjaculateurs et l'urèthre, y produit des sensations qui éveillent les rêves lascifs.

Cette persistance de l'émission nocturne permet de différentier le dysspermatisme essentiel de celui qui est symptomatique d'une lésion des voies génitales. La variabilité ou la relativité du symptôme, l'absence de spermatozoïdes dans l'urine, l'intégrité des organes génito-urinaires, viendront confirmer le diagnostic, et permettre d'opposer à l'affection un traitement efficace.

Roubaud conseille les antispasmodiques, mais ne nous dit pas s'il les a employés avec succès ; ils ont échoué entre les mains de Hicguet, tandis que ce médecin a pu guérir ses deux malades par la noix vomique, l'hydrothérapie et l'électricité ; l'efficacité du traitement excitant est encore une preuve en faveur de la théorie du la paralysie. Aux moyens sus-indiqués, on pourra

Digitized by Google

ajouter les injections sous-cutanées de strychnine ou d'ergotine, et, s'il s'agit d'un névropathe, les moyens thérapeutiques ou hygiéniques employés en pareil cas : exercice musculaire, douches froides, etc.

L'étude sommaire que nous venons de faire, et qui n'est presque qu'une énumération, sera suffisante cependant, si nous ne nous abusons, pour montrer que les troubles de la sécrétion et de l'excrétion spermatique méritent d'être étudiés au même titre que les désordres des autres fonctions, et de trouver place dans les ouvrages de pathologie.

Digitized by Google

RECUEIL DE FAITS.

TROIS OBSERVATIONS D'URTICAIRE PALUDIQUE

Par le Dr **Lardier** (de Rambervillers.)

Les *Annales de Dermatologie* ont récemment publié un travail de MM. Verneuil et Merklen sur l'urticaire paludique. Cette question étant mise à l'ordre du jour, nous croyons utile de publier les faits qui suivent.

Obs. I. *Plaie de la jambe. Urticaire et œdème « malaria. » Intoxication tellurique réveillée par le traumatisme.*

Bannerot, domestique chez MM. A....., reçoit le 10 septembre 1882, un coup de pied de cheval sur la crête tibiale, qui a pour résultat la division des tissus superficiels et même du périoste sur une longueur de 4 centimètres environ. Je recommande le séjour au lit et l'emploi, pour tout pansement, d'eau alcoolisée.

Quatre jours après cet accident, cet homme vigoureux, dont la constitution ne semble entachée d'aucun vice, et qui n'est point alcoolique, me fait mander, et j'aperçois sur les cuisses, le haut du corps, le visage et le reste des téguments une *éruption ortiée* remarquable. Quelle était la cause de cette manifestation? Sur le moment j'éloignais toute idée *d'intoxication tellurique* chez un homme *qui n'en avait jamais présenté le moindre symptôme.* Je l'attribuais plutôt à l'irritation locale produite par le liquide alcoolique.

Je prescrivis simplement une purgation à la magnésie et du sel de Vichy. C'est dire assez que je ne voyais *pas* dans ces phénomènes *de fièvre larvée.*

Trois jours après, le 17, je suis appelé auprès de ce même malade. L'éruption ortiée a totalement disparu, mais Bannerot accuse que tous les soirs, vers six heures, il ressent un frissonnement général, auquel succède une période de chaleur et de sueur. Il est fort agité; par moments même, au paroxysme de la fièvre, ses paroles sont un peu incohérentes. De plus, il ressent aux jambes une démangeaison violente, et cette sensation de picotement s'accompagne de l'augmentation de volume des parties, d'un *œdème véritable*, qui se développe et s'observe aussi bien à gauche qu'à droite et s'étend jusqu'aux cuisses.

Vers minuit, la tranquillité revient, et le lendemain matin les jambes ne présentent plus *aucune trace d'œdème.*

Examen des urines : *Ni albumine, ni sucre.* Je reconnais facilement à tous ces symptômes des accidents telluriques, ayant observé à différentes reprises des cas d'œdème et d'urticaire dus à la malaria. Aussi, dès ce jour,

Digitized by Google

j'administre le *sulfate de quinine* à la dose initiale de 75 centigrammes et au bout de trois à quatre jours toutes manifestations d'intoxication telluriques ont disparu. Je dois ajouter que dès ce jour aussi la plaie qui, en réalité, ne semblait avoir aucune gravité, marcha avec *plus de rapidité vers la guérison*. Sachant fort bien que les plaies des jambes, et surtout celles de la crête tibiale sont très difficiles à guérir à cause du peu de richesse du réseau vasculaire, je n'étais pas surpris au début de voir la *plaie rester atonique* et présenter peu de tendance à la cicatrisation. Mais je fus étonné, au bout de quelques doses de sel quinique, de voir se dessiner chaque jour une *amélioration manifeste* dans les symptômes locaux et ma conviction fut que l'intoxication tellurique avait chez ce malade eu un *retentissement manifeste* sur la marche du processus inflammatoire.

Depuis que cette observation a été prise, le malade a présenté à nouveau des accès de fièvre intermittente à type quotidien, que quelques doses de sulfate de quinine ont réussi à vaincre en très peu de jours. A ce moment, comme lors de son urticaire, j'ai nettement constaté la douleur splénique et la douleur apophysaire vertébrale qu'avec Duboué (de Pau) je rencontre chez la plupart des paludiques.

Observation II. *Névralgie occipitale. Phénomènes ortiés.*

Dans le courant de l'année 1880, j'avais été pris dans tous les muscles du côté gauche de la nuque de douleurs intenses avec paroxysme vespéral, que l'insuffisance des médications les plus variées et le succès immédiat du sulfate de quinine m'avaient permis de rattacher au paludisme.

En 1881, vers la fin d'octobre, je remarquai que tous les matins, après m'être lavé avec une éponge à l'eau froide, la portion digitale de ma main droite devenait le siège d'une douleur cuisante. La peau devenait rouge, se tendait, s'épaississait et gênait le jeu des articulations. En exagérant les mouvements de flexion, le sang disparaissait des capillaires, la peau prenait une coloration blanche; c'était, à ne pouvoir s'y méprendre, une éruption ortiée. Au bout de cinq minutes, ces phénomènes disparaissaient pour reparaître le lendemain sous la même influence.

Un jour, et sans cause appréciable, l'éruption ne reparut plus. Mais huit jours après, je ressentis dans les muscles du cou, à gauche et en arrière, une raideur et une douleur qui me rappelèrent l'accident de l'année précédente; cette douleur augmentant vers le soir était accompagnée d'un mouvement fébrile très net. Au bout de deux à trois jours, je repris du sulfate de quinine, et en quarante-huit heures les symptômes douloureux et fébriles s'étaient suffisamment calmés pour me permettre de voir mes malades.

J'en étais là quand, dans la matinée du 31 octobre, je fus obligé de faire une course dans un village voisin. Il faisait froid et je conduisais moi-même mon cheval. En rentrant, je sentis au niveau du poignet gauche et de la première partie de l'avant-bras une irritation avec sensation de cuisson toute spéciale. En peu d'instants, une énorme plaque ortiée se développa sur ces parties, les seules qui eussent ressenti l'impression du froid, les mains ayant été protégées par des gants. Cette plaque ortiée pouvait avoir 9 centimètres sur 7.

Je ne doutais pas que ce fut à l'influence miasmatique que dut être rapportée cette éruption; mais c'était une manifestation bâtarde, avortée. Il y

Digitized by Google

avait plusieurs jours que je prenais du sulfate de quinine, et mes douleurs névralgiques avaient presque totalement disparu. Depuis que j'ai continué ce traitement, douleurs névralgiques et manifestations ortiées n'ont plus reparu.

Je vis en pays paludique ; la malaria existe, à Rambervillers, à l'état endémique ; cela confirme le diagnostic de névralgie et d'urticaire d'origine tellurique que j'ai placé en tête de cette observation.

Observation III.— *Fièvre intermittente quotidienne avec urticaire.*

Mme J..., âgée de 40 ans et d'une bonne santé habituelle, se présente à ma consultation de l'hôpital le 6 août 1880, et me montre une éruption de nature ortiée occupant exclusivement la partie fronto-pariétale gauche du visage. On remarque en ce point 5 à 6 plaques d'urticaire de la grandeur d'une pièce d'un franc. La malade accuse dans cette même région des douleurs vives qui, presque nulles le matin, s'exaspèrent à partir de 4 heures du soir au point de devenir intolérables et d'empêcher tout sommeil. Impossible à ce moment de rester en place ; frissonnements, courbature générale, sensation de frémissement à la racine des cheveux, tels sont les autres phénomènes qui caractérisent le paroxysme. Cette période de froid dure plusieurs heures et la malade ne peut se réchauffer, malgré d'épaisses couvertures. A ce moment aussi les plaques d'urticaire deviennent violettes. Enfin, vers 9 heures du soir, la période de chaleur succède presque sans transition à la période de froid, et bientôt la malade est inondée de sueur.

Ces accidents durent depuis trois semaines, et dans cet intervalle de temps est survenu le flux cataménial avec une sédation momentanée des phénomènes fébriles et ortiés. Les règles ont été d'une abondance et d'une durée exceptionnelles. Après leur disparition, les symptômes ont reparu avec une intensité nouvelle, et c'est dans ces conditions que je vois la malade. Outre l'éruption ortiée, je constate chez elle un point apophysaire très accentué et une douleur à la pression au niveau de la région splénique. L'influence de l'intoxication tellurique me paraissant évidente, j'ordonne le sulfate de quinine à la dose quotidienne de 0,60, cinq heures avant l'accès. Au bout de peu de jours, la malade était radicalement guérie.

Digitized by Google

REVUE CRITIQUE.

LE PSORIASIS BUCCAL DE BAZIN.

Par P. MERKLEN.

(Suite et fin) (1).

IV

L'étiologie du psoriasis buccal laisse beaucoup à désirer, suivant la juste remarque de M. Vidal. Les auteurs ont, à cet égard, des opinions aussi absolues qu'opposées. Aussi importe-t-il de n'accepter qu'avec réserve les affirmations trop catégoriques et de s'en tenir aux faits.

Quelles sont, en premier lieu, les conditions étiologiques générales touchant la fréquence, le sexe et l'âge ? A vrai dire il s'agit d'une affection rare, à ce point que chaque cas nouveau est pour le dermatologiste une bonne fortune et l'occasion d'une enquête curieuse et approfondie. La plupart des Mémoires sont basés sur 10 ou 15 observations les unes inédites, les autres reproduites. Cependant Schwimmer donne une statistique de 20 cas recueillis par lui seul dans l'espace de 9 ans. Rapprochant ce chiffre des 5,000 dermatoses diverses qu'il a observées dans le même temps, il conclut que la fréquence de la leukoplakia, relativement aux autres affections cutanées, est de 4 pour 1,000.

Le même auteur donne des détails précis sur l'âge de ses malades. Le plus jeune avait 23 ans, le plus âgé 62 ans. C'est de 30 à 50 ans que l'affection présente son maximum de fréquence. Elle est inconnue chez l'enfant (Debove). Henry Morris (2) signale comme âges extrêmes 22 et 67 ans.

L'affection est très rare chez la femme, M. Debove ne l'a rencontrée qu'une seule fois sur 25 cas. Schwimmer signale deux cas de leukoplakia buccale et vulvaire chez la femme, l'un personnel, l'autre dû à Weir. M. Vidal, plus heureux, en a recueilli trois observations. En somme, le

(1) Voyez *Annales de dermatologie*, n° 3, p. 157, 1883.

(2) Henry Morris. De l'épithélioma et de l'ichthyose de la langue, d'après 75 observations. (*The Lancet*, p. 777, 785, 815, 861, 1882.)

Digitized by Google

sexe masculin est particulièrement prédisposé au psoriasis comme à toutes les affections buccales, cela surtout à cause de l'abus de tabac et des liqueurs fortes.

En ce qui concerne les causes prédisposantes et directes du psoriasis buccal, il est difficile d'être précis, et seul l'exposé critique des opinions en présence en fera apprécier la valeur et la justesse.

Les causes incriminées sont locales et générales. Les premières peuvent exister isolément, mais ordinairement les irritations topiques n'agissent que grâce à une prédisposition tenant à l'état général.

De toutes les causes locales, la plus incontestée est l'abus de tabac. Sa fumée chaude et irritante détermine, à la longue, une irritation permanente de la muqueuse buccale, surtout de sa portion génienne, qui se révèle par les plaques nacrées commissuraires (Fournier) ou plaques des fumeurs (Buzenet).

« Ces lésions spéciales, dit M. le professeur Fournier, auxquelles j'ai donné le nom de *plaques nacrées commissuraires*, ne se produisent que sous l'influence du tabac. On ne les rencontre dans aucune autre maladie de la bouche, même dans l'affection dite psoriasis buccal. Elles sont le témoignage irrécusable de l'action du tabac sur la bouche. Et, en effet, ces plaques nacrées ne sont rien autre que l'épithélium buccal altéré, désorganisé *cuit*, pour ainsi dire, par la fumée chaude et irritante du tabac. »

La coïncidence fréquente des plaques nacrées commissuraires avec le psoriasis buccal ne prouve donc qu'une chose, c'est que ce dernier lui-même est sous la dépendance directe ou indirecte du tabac. Toutefois, M. Besnier n'admet pas cette conclusion dans sa rigueur : il possède plusieurs observations de plaques commissuraires chez des individus qui n'ont jamais fumé et qui ont eu ou non la syphilis.

Des irritations locales diverses peuvent exercer sur la muqueuse buccale une action comparable à celle de la fumée de tabac. Le Dr Guinand (2) a décrit, chez les souffleurs de verre, des plaques opalines qui siègent à la face interne des joues, au niveau de l'embouchure du canal de Sténon ; il les appelle *plaques opalines professionnelles de la bouche des souffleurs de verre*. Les lésions sont plus accentuées du côté où l'ouvrier a l'habitude de porter sa *canne*, et l'auteur les attribue avec raison aux pressions réitérées exercées sur les parois buccales. Il est utile d'ajouter que les plaques opalines des souffleurs de verre ont été observées chez des individus qui ne fumaient pas.

C'est encore à une action irritante purement locale que l'on peut attri-

(1) A. Fournier. *Loc. cit.*, p. 55.

(2) Guinand (de Rive-de-Gier). *Lyon médical*, 1880. (Analysé dans *Annales de dermat.*, p. 752, 1880.)

Digitized by Google

buer les plaques de psoriasis qui se développent au voisinage d'un chicot et celles qui siègent sur les gencives des sujets édentés, porteurs ou non de dentiers. Le mécanisme de ces altérations est très simple. Une pression anormale et continuelle, le contact direct des corps irritants amènent, à la longue, un épaississement avec état corné de l'épithélium qui rappelle quelque peu les durillons professionnels ou accidentels du tégument externe.

Il ne faudrait pas donner aux causes locales un rôle trop étendu. Remarquons, en effet, que, comme les agents qui les produisent, les formes de psoriasis dont il vient d'être question sont toujours localisées et qu'il s'agit alors d'une lésion bien plus que d'une affection. Il n'en est plus de même quand les plaques blanches sont diffuses sur la muqueuse linguale et buccale. La généralisation et, si l'on peut ainsi parler, la systématisation de l'altération fait déjà naître l'idée d'une cause interne, d'une influence générale. A ce point de vue, deux diathèses tiennent une grande place dans l'étiologie : l'arthritisme et la syphilis.

Les relations du psoriasis buccal avec l'arthritisme sont incontestables. Les idées de Bazin et de ses élèves ont encore sur ce point force d'autorité en France. « Cette opinion, dit Debove, est basée sur ce fait qu'un grand nombre de malades ont eu des douleurs rhumatismales, ou portent des manifestations cutanées de l'arthritis, telles, par exemple, que l'eczéma circonscrit. Dans un certain nombre de cas que j'ai observés l'affection était bien évidemment arthritique ; dans d'autres cas, je n'ai rien trouvé ni chez le malade, ni dans sa famille, qui me permît de rattacher le psoriasis buccal à l'arthritisme. M. Bazin avait bien observé ces faits lorsqu'il dit : « Nous l'avons observé le *plus souvent* chez des sujets arthritiques (1). »

Dix années se sont écoulées depuis que ces lignes ont été écrites, et malgré les dénégations des dermatologistes allemands, nos maîtres de Saint-Louis sont restés fidèles à la tradition de Bazin. « Presque tous les malades, disait M. Vidal dans sa leçon de l'année dernière, ont des antécédents personnels ou héréditaires de rhumatisme, de goutte ou de gravelle. » Et cette notion est corroborée par ce fait, que le psoriasis buccal peut être observé chez plusieurs membres d'une même famille (Bazin.)

Il est étrange que ces faits si évidents n'aient trouvé créance auprès de nos confrères d'outre-Rhin. Cela tient peut-être à ce que l'idée des diathèses, et en particulier de la diathèse arthritique, est incompatible avec leur genre d'esprit porté à l'analyse, mais peu susceptible de synthèse. Quand Schwimmer traite ces désignations de *mots sonores*

(1) Debove. *Loc. cit.*, p. 26.

Digitized by Google

aimés des Francais (bei den Franzosen noch heute beliebten Schlagworte), il méconnaît une vérité clinique aussi simple que lumineuse. C'est le lieu de répéter ici ce que récemment M. le professeur Bouchard disait des coïncidences de l'asthme, du rhumatisme, des migraines, de l'eczéma, etc., etc. : « Quand l'on dit que l'une de ces maladies ne se développe pas indifféremment chez tous les individus, mais qu'elle apparaît avec une prédilection marquée chez les hommes qui ont eu ou qui auront les autres maladies de la série ; quand on dit que, chez cette catégorie d'individus il y a une réelle disposition à chacune de ces maladies, et quand, pour la commodité du langage, on appelle diathèse arthritique cette prédisposition aux diverses maladies de ce groupe spécial, on voit les choses réelles et on voit le rapport réel des choses (1). »

Pour le psoriasis buccal, cette prédisposition existe dans un grand nombre de cas, et elle manque dans quelques autres. Le plus ordinairement on retrouve chez le malade une série d'antécédents morbides qui sont la caractéristique de l'arthritisme. Tout dernièrement nous observions, avec notre maître M. Ernest Besnier, un psoriasis buccal chez une dame âgée de 60 ans, atteinte successivement, à partir de l'âge de 30 ans, de poussées eczémateuses, puis de rhumatismes musculaires, plus récemment de bronchite avec accès d'asthme. Le psoriasis buccal a été la quatrième manifestation de la diathèse. Très améliorée par un traitement simplement émollient et réduite à l'état de petites dépressions cicatricielles opalescentes nettement isolées, l'affection buccale est actuellement silencieuse, mais depuis son apparition une autre épisode est survenue, consistant en une pleurésie *a frigore* avec ces frottements persistants signalés par Woillez chez les rhumatisants. Il est utile d'ajouter que l'arthritisme seul se trouve dans les antécédents de cette malade. Nous ferons la même remarque pour une homme d'une cinquantaine d'années observé l'année dernière dans le service de M. le professeur Vulpian. Le psoriasis était constitué, chez lui, par des plaques blanches linguales et des traînées d'aspect nacré à la face interne des joues et des lèvres. Ce malade était un rhumatisant; une arthrite sèche scapulo-humérale et la calvitie propre aux arthritiques, ne laissaient aucun doute sur l'existence de la diathèse, mais l'usage du tabac pouvait être invoqué à titre de cause adjuvante.

Est-il légitime de concéder à la syphilis une part étiologique égale à celle de l'arthritisme? On se rappelle l'exagération de Kaposi et l'équivoque terminologique qui l'atténue. Psoriasis buccal étant pour le professeur de Vienne synonyme de plaque opaline, il n'y a pas lieu de discuter longement puisqu'il s'agit d'une simple confusion de mots. Mais il

(1) *Maladies par ralentissement de la nutrition*, p. 363, 1862.

Digitized by Google

y a plus, car dans la pensée de l'auteur, et il l'affirme à plusieurs reprises, le kératosis, qui répond au psoriasis buccal de Bazin, ne survient que comme résultante de poussées successives de plaques opalines syphilitiques. Cette opinion est basée sur deux arguments: 1° la transformation *in situ* de plaques opalines en kératosis se faisait dans la 2me ou la 3me année de l'infection; 2° l'observation de plus de 400 cas (chiffre bien étonnant après ce qui a été dit de la rareté de l'affection) dans lesquels l'auteur croit ne s'être jamais vu refuser l'aveu d'une syphilis antérieure. Il s'explique plus loin sur la nature de ce kératosis d'origine syphilitique.

« Je suis obligé d'admettre que ces formes tardives d'affections buccales n'ont plus la signification de productions syphilitiques proprement dites, car elles ne sont plus contagieuses et résistent au traitement antisyphilitique. Je dois les considérer comme des productions purement locales d'un kératosis inflammatoire provoqué par la syphilis, mais persistant après elle comme mal essentiel et indépendant, semblable à ces tylosis de la paume des mains et de la plante des pieds qui succèdent au psoriasis syphilitique des mêmes régions, et qui persistent pendant plusieurs années et même indéfiniment sans être plus influencés par le traitement spécifique (1). »

Kaposi est seul ou à peu près seul de son opinion, ce qui enlève à ses affirmations catégoriques, touchant l'origine invariablement syphilitique du psoriasis buccal, beaucoup de leur force. Du reste, elles sont atténuées par lui-même dans le chapitre du diagnostic ; voici en quels termes :

« Je sais et je conviens qu'il se développe des opacifications et des épaississements de l'épithélium buccal sur la langue, à la face interne des joues, des lèvres et aux commissures chez les fumeurs, chez les jeunes sujets anémiques. Dans ces cas, l'épithélium est dans un état constant d'opacification ponctiforme et de décollement ; il semble qu'il ait été arraché et labouré avec un crochet. Je sais aussi, que chez les diabétiques, comme le rapporte Seegen ; chez les sujets dyspeptiques, comme Schwimmer et d'autres auteurs le signalent, il se forme des nodosités, des amas d'épithélium ; que la pression continue d'un chicot ou d'un dentier, amène des épaississements épithéliaux lisses et verruqueux ; qu'au voisinage d'un cancroïde buccal, l'épithélium devient gris, épais et que la muqueuse prend un aspect papillomateux. Mais dans aucun cas, je n'ai confondu ces affections avec celles qui proviennent de la syphilis. *Je dois reconnaître cependant qu'il y a des cas douteux dont le diagnostic est impossible* » (2).

Que veut dire ce dernier passage, sinon que l'auteur ne rattache au

(1) Kaposi. *Pathologie und Therapie der Syphilis*, p. 208, 1881.
(2) *Loc. cit.*, p. 210.

Digitized by Google

psoriasis ou au kératosis que ces formes extrêmes où la muqueuse est transformée en une carapace cornée, par suite de la confluence et de l'intensité des lésions? Il y a là une seconde confusion. Kaposi semble négliger absolument les formes légères et les premiers stades de la lésion telles que les décrivent les autres auteurs. Ce n'est plus pour lui du psoriasis; c'est une autre affection qu'il ne signale qu'en passant à propos du diagnostic. Dès lors, il n'y a plus lieu d'incriminer la syphilis en ce qui la concerne, et cette diathèse n'intervient que dans les formes graves et anciennes que l'on peut avec raison appeler kératosis.

Mais celles-ci n'existent-elles pas en dehors de la syphilis? Il n'est aucun dermatologiste qui soit actuellement disposé à admettre cette opinion exclusive. Ce n'est pas que cette étiologie spéciale n'ait été entrevue et sérieusement discutée. M. Debove est même très explicite à cet égard et pour certains cas conclut comme Kaposi. La question est assez intéressante pour qu'il n'y ait pas lieu de reculer devant une citation nouvelle :

« Il faut reconnaître, dit M. Debove, qu'un certain nombre de sujets qui avaient présenté des lésions syphilitiques de la bouche, ont ensuite été affectés de psoriasis buccal; mais je crois à une influence toute locale. J'ai vu souvent des malades qui présentaient des plaques syphilitiques de la paume des mains, présenter ensuite un psoriasis palmaire qui n'avait rien de syphilitique, et qu'un traitement spécifique n'améliorait pas; il y avait transformation *in situ* d'une affection en une autre, c'est ce que MM. Bazin et Ricord ont exprimé en disant : la syphilis réveille la dartre. Plusieurs de mes malades ont eu des plaques muqueuses de la langue, puis ces plaques ont été suivies immédiatement de psoriasis; il est probable qu'elles ont agi comme cause locale irritante. »

A part la question doctrinale du réveil de la dartre par la syphilis, ce passage ne diffère en rien de la citation de Kaposi, mais M. Debove ajoute immédiatement :

« En parcourant les observations jointes à ce Mémoire, on verra qu'un certain nombre de malades n'ont jamais eu la syphilis. *Chez un malade du service de M. Hillairet, qui portait un chancre induré, j'ai constaté l'existence d'un psoriasis de la langue datant de plusieurs années.* »

Schwimmer, qui sur 20 cas de leukoplakia, a vu manquer la syphilis 14 fois, signale également un fait d'infection récente chez un malade atteint d'un psoriasis buccal invétéré. Cela prouve d'une manière certaine l'existence d'un psoriasis buccal non syphilitique. L'influence de la syphilis n'est cependant pas contestable. M. Mauriac et M. Vidal l'ont également admise, mais d'une manière plus réservée et moins explicite

(1) Debove. *Loc. cit.*, p. 25.

Digitized by Google

que Kaposi. Quant à M. Ernest Besnier, il considère une syphilis antérieure comme une condition *prédisposante* de premier ordre, et il professe que chez les psoriaques de la langue, comme chez les ataxiques, on trouve presque invariablement dans le passé l'arthritisme ou la syphilis, souvent l'un et l'autre.

Une intéressante discussion s'est engagée à ce sujet au Congrès de Londres en 1881. A la suite d'une communication de Schwimmer sur les caractères distinctifs et l'indépendance du psoriasis buccal et de la glossite syphilitique, plusieurs dermatologistes, parmi lesquels il faut citer Vidal, Hillairet, Baker, Behrend, Clément Lucas, Wilson, prirent fait et cause pour les idées du professeur de Buda-Pest, refusant absolument de se rallier à l'opinion exclusive de Kaposi. M. Vidal s'est spécialement attaché a préciser les signes du diagnostic différentiel entre le psoriasis buccal, la glossite syphilitique et les plaques des fumeurs. Ces signes, basés sur les descriptions de Fairlie Clarke et de M. le professeur Fournier, ne laissent habituellement aucun doute sur l'origine et la nature de l'affection. Mais il y a les cas métisses, où toutes les causes invoquées pour le psoriasis buccal se trouvant réunies, il est difficile, comme le dit M. Vidal, de porter un jugement. C'est à ces glossites complexes, à la fois influencées par la syphilis et le tabac et favorisées par la prédisposition arthritique du sujet, que s'appliquent en, somme, les réserves de la plupart des auteurs et les affirmations trop absolues de Kaposi.

Schwimmer, qui décrit le psoriasis buccal comme une affection idiopathique, sans aucune relation avec la syphilis, n'admet que deux ordres de causes, d'abord l'abus du tabac que l'on ne peut toujours incriminer, puis et d'une manière plus formelle les troubles digestifs chroniques. Rappelant le vieil aphorisme (la langue est le miroir de l'estomac), il considère que les affections chroniques de l'estomac, peuvent aussi bien se réveler par des modifications de la muqueuse linguale que les affections aiguës. Kaposi, on l'a vu plus haut, admet cet ordre de causes pour les formes atténuées du psoriasis. Ces auteurs oublient malheureusement de nous dire de quelle espèce de dyspepsie il s'agit, quelle en est la cause? Schwimmer parle de deux cas de leukoplakia chez des sujets atteints de catarrhe chronique de l'estomac, et signale l'amélioration de l'affection buccale marchant de pair avec la guérison des troubles gastriques. Ceux-ci n'étaient-ils pas eux-mêmes sous la dépendance d'un état général? La relation du psoriasis buccal avec certaines formes de dyspepsie n'a, du reste, rien qui doive étonner, et cette notion peut donner d'utiles indications thérapeutiques.

Digitized by Google

V

Que conclure de cette longue revue étiologique? Des causes si diverses et si essentielles peuvent-elles toutes provoquer une même affection? Et celle-ci ne présente-t-elle pas de caractères spéciaux suivant ses conditions étiologiques?

Telle était sans doute la pensée de M. Mauriac quand il décrivait plusieurs espèces de psoriasis bucco-lingual : le psoriasis provoqué ou artificiel, le psoriasis arthritique et dartreux, le psoriasis syphilitique et enfin le psoriasis épithéliomateux.

Le type du psoriasis provoqué ou artificiel se trouve dans les plaques nacrées commissuraires de M. Fournier ou plaques des fumeurs de Bugenet. C'est un psoriasis localisé, de cause externe, mais sans doute favorisé par une prédisposition arthritique ou autre, par là même susceptible de progresser et de revêtir à un moment donné les caractères du psoriasis arthritique ou dartreux.

Celui-ci n'est admis par M. Mauriac que sur la foi des observations rapportées par d'autres auteurs ; il n'a pu retrouver dans les antécédents de ses malades les phénomènes propres à l'arthritisme. Cette étiologie est néanmoins évidente dans un grand nombre de cas, comme il a été dit tout à l'heure. Il serait certainement difficile d'assigner à cette variété de psoriasis bucco-lingual une marche et des symptômes qui lui soient propres. Peut-être le psoriasis à petites taches isolées, mais disséminées en différents points de la muqueuse buccale, est-il plus habituel chez les arthritiques.

Quant au psoriasis buccal syphilitique, rien, à part la notion causale, ne peut le faire reconnaître dans les cas où des lésions syphilitiques vraies, scléro-gommeuses ou autres, ne sont associées à l'état corné de l'épithélium.

Concluons que, quant à présent, la distinction de ces diverses espèces de psoriasis n'est pas possible cliniquement et qu'une seule chose peut être affirmée : c'est que la leucoplasie buccale se développe avec une prédilection certaine chez les arthritiques et les syphilitiques.

Qu'est-ce en définitif que cette singulière affection? Une stomatite subaiguë et chronique avec production d'épithélium corné. Cette stomatite survient primitivement chez les arthritiques et les fumeurs ; elle se développe à la suite de poussées successives de plaques muqueuses chez les syphilitiques (1). Il est curieux de voir deux causes aussi dissemblables donner naissance à la même lésion, et cela surtout quand on con-

(1) M. Ernest Besnier admet que le psoriasis buccal peut aussi survenir primitivement chez d'anciens syphilitiques.

Digitized by Google

sidère l'analogie des processus histologiques. La plaque opaline syphilitique et la plaque blanche du psoriasis dérivent, en effet, d'une même altération : l'irritation superficielle du chorion de la muqueuse caractérisée par une abondante formation de cellules embryonnaires. Dans les deux cas la lésion débute autour des vaisseaux et paraît consister pour une bonne part en une diapédèse de globules blancs. Mais l'épithélium réagit différemment suivant la cause : dans la plaque opaline syphilitique il s'épaissit, s'opacifie et tombe en laissant une surface légèrement exulcérée : dans la plaque psoriasique, il s'épaissit, s'opacifie, mais devient corné et adhérent. La plaque opaline guérit et disparaît pour se reproduire plusieurs fois ; la plaque blanche de psoriasis, une fois formée, ne rétrocède que rarement. Ces différences tiennent sans doute à l'acuité du processus, plus grande et plus fugace dans la syphilis, moindre mais plus persistante dans le psoriasis.

A un moment donné les deux processus se confondent. A force de se reproduire, les plaques opalines amènent un état d'irritation définitive et persistante de la muqueuse, irritation moins aiguë qui aboutit, non plus à la destruction de l'épithélium, mais à sa transformation cornée et le kératosis est constitué. Ainsi ce que l'arthritisme ou les irritations topiques banales déterminent d'emblée, la syphilis ne le fait qu'après deux ou trois années, grâce à des poussées inflammatoires successives. On comprend dès lors que le psoriasis dit syphilitique soit simplement la conséquence, la résultante des manifestations directes de la diathèse, sans être dans le sens propre du mot une affection syphilitique.

Le psoriasis buccal, arrivé à ce degré extrême, présente les mêmes caractères histologiques, quelle qu'en soit la cause. Peut-être l'endartérite est-elle plus marquée à la suite de la syphilis ; les données de Kaposi diffèrent à cet égard de celles de Schwimmer, mais de nouveaux examens sont nécessaires pour confirmer cette distinction, s'il y a lieu. Que cette particularité anatomo-pathologique soit réelle ou non, il ne faut pas oublier, comme l'avait dit Virchow, comme le répète Kaposi, et comme M. le professeur Fournier l'a récemment encore proclamé à propos de l'ataxie locomotrice, que les résultats histologiques ne donnent aucune démonstration du caractère syphilitique ou non syphilitique d'un produit pathologique.

Mais une question incidente se pose qui ne manque pas d'intérêt. Pourquoi la glossite syphilitique, dans sa forme scléreuse superficielle, ne s'accompagne-t-elle pas de psoriasis ou de kératosis ? On se rappelle la description devenue classique de M. le professeur Fournier, et si nous ne craignions de donner à cette revue une étendue trop considérable, le parallèle qu'il établit entre la glossite scléreuse et le psoriasis trouverait ici sa place. Après avoir rappelé leurs caractères communs, anatomo-

Digitized by Google

pathologiques et cliniques, M. Fournier insiste sur cet unique signe spécial pathognomonique du psoriasis : l'aspect nacré, argenté, avec exfoliation abondante et sans cesse renouvelée. La sclérose linguale syphilitique présente bien, dit-il, quelques îlots d'une teinte blanchâtre et opalescente, mais il est aisé de voir que « l'aspect blanc est fourni par la muqueuse même, devenue exsangue et fibreuse, mais encore revêtue d'une épithélium non soulevé, non desquamé » (1).

Il n'est pas facile d'expliquer comment cette carapace d'épithélium corné existe dans un cas et fait défaut dans l'autre. Le pourquoi se trouvera peut-être un jour dans des altérations spéciales du chorion, et notamment de son corps papillaire. Quant à présent la question reste insoluble et ce desideratum marche de pair avec notre ignorance touchant la cause interne du psoriasis buccal. Pourquoi certains fumeurs, pourquoi certains syphilitiques sont-ils sujets à cette affection, alors que le plus grand nombre reste indemne? Seule, une prédisposition spéciale, l'arthritisme pour un certain nombre de cas, explique ces anomalies. Mais c'est encore là la constatation d'un fait et non une explication suffisante.

S'il fallait maintenant pousser plus loin l'analyse et pénétrer la pathogénie intime de l'affection, on pourrait légitimement en rattacher l'origine première à une lésion des petites artères ou à un trouble circulatoire. La prédominance de l'infiltration de chorion à l'entour des vaisseaux plaide pour cette hypothèse, qui, du reste, se retrouve à propos du plus grand nombre des inflammations. Mais ce trouble circulatoire est lui-même sous la dépendance d'une cause intime et cachée. Est-ce une altération humorale? est-ce un désordre nerveux? C'est à cette manière de voir que se rallie Fairlie Clarke quand il dit :

« La nature essentielle de la maladie paraît être une inflammation chronique, accompagnée d'une hypertrophie des papilles et d'une impuissance à se débarrasser de l'épithélium usé. L'irritation qui donne lieu à cette inflammation agit quelquefois sur la périphérie des nerfs, et d'autres fois entre leurs extrémités et les centres. Il semble que l'irritation persistante et souvent répétée des branches linguales de la 5e paire est capable de produire la maladie chez les personnes qui ont une grande tendance originelle au développement des excroissances verruqueuses sous l'action des causes les plus légères » (2).

Cette tendance, on le sait, est précisément propre aux arthritiques. L'irritabilité nerveuse est également très prononcée chez eux et cela expliquerait pourquoi certaines excitations (tabac, plaques muqueuses, etc.)

(1) A. Fournier. *Loc. cit.*, p. 51.
(1) *British med. journal*, n° 689, p. 346, 14 mars 1874. Citation empruntée à M. Mauriac.

Digitized by Google

inoffensives pour le plus grand nombre, peuvent provoquer chez ces malades une affection buccale et linguale plus ou moins persistante.

Un motencore des relations du psoriasis buccal avec le psoriasis du tégument externe. Les coïncidences de ces deux affections sont, on le sait, assez rares, mais il n'est pas de dermatalogiste qui n'ait eu l'occasion de les constater. Bazin, M. Lailler, M. Vidal, M. Ernest Besnier ont vu de ces cas. Schwimmer, sur ses 20 observations, signale deux fois l'existence concomitante d'un psoriasis cutané. Kaposi ne l'a observée que trois fois sur 400, mais les malades ainsi atteints étaient en même temps d'anciens syphilitiques.

Comme on l'a vu plus haut, Fairlie Clarke et Tilbury Fox, considérant que le psoriasis buccal englobe des affections diverses, admettent parmi elles un psoriasis vrai. La coexistence de l'éruption cutanée avec l'endermose ne suffit pas à le démontrer, car elle est très rare, relativement au grand nombre de cas du psoriasis du tégument externe. Les caractères objectifs du psoriasis buccal ne sont pas plus favorables à l'assimilation, car l'exfoliation spéciale que l'on y observe ne présente nullement les caractères pathognomoniques du psoriasis cutané. Seule l'anatomie pathologique des deux affections présente des analogies assez marquées; mais on sait que ce n'est pas là un critérium. La coïncidence de la leucoplasie buccale et du psoriasis peut être attribués bien plus à une prédisposition commune, à l'arthritisme, qu'à une même affection.

VI

Il est de connaissance vulgaire que l'épithélioma lingual débute souvent par une verrue ou par une de ces productions épithéliales désignées sous le nom de *plaques des fumeurs*, forme localisée du psoriasis buccal. Cette notion, depuis longtemps classique, a pris dans ces dernières années une grande extension, et l'on admet aujourd'hui que le cancer de la bouche est une des terminaisons de la leucoplasie, qu'elle que soit sa cause et sa forme.

C'est à Négligan (1) (1862) que l'on doit la première connaissance de ce fait. Ce médecin avait eu l'occasion de voir un malade, fort fumeur, atteint depuis 30 ans d'un psoriasis confluent et généralisé de la muqueuse buccale. Quatre ans après, une morsure de la langue fit paraître un petit tubercule de la grosseur d'un pois qu'un chirurgien traita par des applications caustiques. Une hémorragie nécessita bientôt une opération spéciale mais le malade ne survécut que peu de mois et succomba aux suites de la généralisation du cancer lingual, lequel avait dé-

(1) Negligan. *Dublin quaterly journal*, août 1862. (Renseignement emprunté à la thèse de M. Debove.

Digitized by Google

terminé un engorgement de tous les ganglions du cou. Cette observation fut publiée par Negligan à un point de vue tout particulier, celui de savoir si un malade atteint de psoriasis buccal, c'est-à-dire menacé de cancer, pouvait être médicalement admis à contracter une assurance sur la vie?

Depuis le fait de Négligan, la question a été sans cesse à l'étude. En 1868 Hulke présenta à la Société clinique de Londres l'observation d'un malade atteint d'ichthyose de la langue, devenu après 20 années le point de départ d'un épithélioma. Dans la discussion qui suivit Paget signala un fait du même genre et Andrew Clark deux cas observés chez des souffleurs de verre.

En 1873 parut la thèse de M. Debove. La terminaison du psoriasis buccal par cancroïde y tient une grande place. Voici ce qu'il en dit: « Une des terminaisons fréquentes de cette affection, terminaison que ne doit jamais oublier le médecin, est le cancroïde de la langue. J'en ai vu un cas dans le service de M. le professeur Verneuil, qui m'autorise à dire qu'il a observé plusieurs fois des faits semblables. MM. Barin, Hardy, Lailler, Hillairet, Panas, Dolbeau (communications orales) ont tous vu, à différentes reprises, le psoriasis lingual amener un cancroïde » (1).

Et plus loin nous trouvons ces renseignements intéressants: « Il est impossible d'établir une relation entre la gravité, l'étendue de la lésion squameuse et l'apparition du cancroïde: il se développe tantôt sur des langues où la lésion squamenteuse occupe toute la surface de l'organe, tantôt sur des langues qui ne présentent qu'une ou deux taches de psoriasis. »

M. Mauriac, dans son important Mémoire publié à la même époque, insistait non moins sur cette terminaison du psoriasis buccal, et depuis ce moment cette question a maintes fois occupé les chirurgiens français. Il nous suffira de rappeler la part importante que MM. les professeurs Trélat (2) et Verneuil (3) ont prise à la discussion de ces faits.

En Angleterre Fairlie Clarke, et Henry Morris se sont beaucoup occupés de la dégénérescence epithéliomateuse du psoriasis buccal. En Allemagne, Nedopil (4) assistant de Billroth, Schwimmer et Kaposi ont longuement étudié cette même question.

La fréquence de la terminaison de la leucoplasie par cancer n'est pas aussi grande qu'on l'avait d'abord cru. En tous cas cette transformation est loin d'être constante; de 1872 à 1881, Henry Morris a observé à Middlesex-Hospital 301 cancers sur lesquels 36 cancers primitifs de la langue.

(1) Voir *Thèse de Debove*, p. 20.

(2) Rapports entre le psoriasis et l'épithélioma de la langue. (*Société de chirurgie*, 8 décembre 1878.)

(3) Épithélioma de la langue succédant au psoriasis lingual. (*Tribune médicale*, p. 400, 1876.)

(4) Ueber die Psoriasis der Zunge und Mundschleimhaut und deren Verhältnisse zum Carcinom. (*Arch. f. klin. Chirurg.*, Band XX, Berlin, 1876.)

Digitized by Google

De ces cas, 25 ont été attentivement suivis et 13 étaient accompagnés d'ichthyose linguale. Mais le même auteur dit avoir observé 14 cas d'ichthyose linguale non terminés par épithélioma (1).

Schwimmer n'a vu que 4 fois sur 20 ce qu'il appelle la forme maligne de la leukoplakia (terminaison par cancer). Il fait observer que la fréquence de cette dégénérescence a été exagérée par les chirurgiens qui ne suivent que les cas graves alors que les dermatologistes peuvent étudier tous les degrés et toutes les formes de l'affection.

M. Vidal est moins optimiste : « L'affection, dit-il, peut rester stationnaire et persister, au premier degré, pendant bien des années, quinze vingt ans, puis passer soudain à l'état papillomateux. Enfin il est trop fréquent, et vous le *noterez au moins dans la moitié des cas*, de voir se dessiner plus nettement que par l'état papillomateux les caractères objectifs de l'épithélioma. »

Comme l'a dit M. Debove l'épithélioma peut survenir à la suite de toute espèce de psoriasis buccal, léger ou intense, localisé ou généralisé. L'origine même du psoriasis ne signifie rien à ce point de vue, car Kaposi a vu fréquemment le cancer se développer sur des langues atteintes de kératosis syphilitique.

Rien n'est variable comme l'âge du psoriaris au moment de l'apparition du cancer. Schwimmer a vu cette dégénérescence survenir dans un premier cas au bout de deux ans, dans un second cas au bout de six mois déjà; l'épithélioma ne s'est produit qu'après 8 à 10 ans de leukoplakia dans les deux autres observations qui lui sont personnelles. On sait, grâce au fait maintenant classique de Negligan, que le psoriasis buccal peut se terminer par épithélioma après plus de trente ans de durée. Kaposi signale aussi ces cas extrêmes et insiste sur les réserves toujours à faire dans le pronostic du psoriasis quel qu'il soit; il n'admet pas moins à ce point de vue, comme à celui de l'affection primitive, l'influence bienfaisante et même curative d'un traitement bien dirigé.

Quelles sont les conditions qui favorisent l'apparition du cancroïde sur la muqueuse buccale atteinte de psoriasis? (la langue, les lèvres, les joues peuvent également présenter cette transformation néoplasique, mais elle est plus habituelle sur la langue). Plusieurs cas peuvent se présenter d'après Henry Morris. L'épithélioma se développe tantôt en pleine ichthyose; ailleurs, il se manifeste à côté d'une plaque ichthyosique, celle-ci ne subissant aucune modification ou, au contraire, prenant sous l'influence de cette cause irritative surajoutée une activité nouvelle. Enfin, l'ichthyose se montre quelquefois sur la cicatrice con-

(1) Henry Morris. De l'épithélioma et de l'ichthyose de la langue, d'après 75 observations. (*The Lancet*, p. 772, 785, 815, 861, 1882.)

Digitized by Google

sécutive à l'excision d'un épithélioma, sans qu'il y ait récidive du néoplasme.

D'après Schwimmer, l'épithélioma a le plus souvent pour point de départ une fissure ou une excoriation de la langue atteinte de psoriasis. Les lésions siégent tantôt sur des plaques cornées épaisses, et sont entretenues par le séjour de parcelles alimentaires et de débris épithéliaux; les bords de la rhagade s'indurent et peu à peu prennent les caractères de l'ulcération épithéliomateuse. Mais la prolifération épithéliale qui aboutit au cancroïde se produit plus ordinairement en des points moins altérés où le revêtement épidermique plus mince et plus sensible subit sans défense les irritations diverses qui s'exercent à la surface de la muqueuse buccale. La lésion débute comme dans le cas précédent par une exulcération qui s'étend en surface et en profondeur. Schwimmer se demande si les irritations locales suffisent seules pour provoquer la formation de l'épithélioma et si une prédisposition spéciale n'est pas nécessaire ? C'est là une question d'étiologie, ou mieux, de pathologie générale qui se retrouve à propos de chaque espèce de cancer et qui attend encore sa solution.

Autre notion intéressante : quel est le point de départ de l'épithélioma? Est-ce l'épithélium plutôt épaissi, kératinisé que proliféré ? N'est-ce pas plutôt le tissu conjonctif du chorion siège d'une exubérante production de jeunes cellules, à ce point qu'elles empiètent sur la couche de Malpighi? Schwimmer pencherait théoriquement pour cette seconde hypothèse, mais les examens histologiques qu'il a faits sont plutôt en faveur de l'origine épithéliale du néoplasme. Cette explication est plus conforme aux notions nouvelles sur le point de départ épithélial de la plupart des carcinomes.

Au premier abord, il est très surprenant de voir une inflammation chronique comme le psoriasis buccal se transformer en un néoplasme, et nous devons rechercher, en terminant, la cause et l'interprétation de cette déviation atypique. Assurément, comme le faisait remarquer M. le professeur Trélat dans sa communication à la Société de chirurgie (1875), il ne s'agit pas d'une seule et même affection présentant deux périodes définies : l'épithélioma n'est qu'un accident dans le cours du psoriasis buccal, mais un accident fréquent dû à l'irritation anomale et continue qui résulte du processus phlegmasique chronique. C'est, du reste, une notion bien établie en dermatologie que le cancroïde prend facilement naissance sous l'influence des irritations prolongées de la peau et des muqueuses. A cet égard, la note suivante, de MM. Ernest Besnier et A. Doyon, mérite d'être reproduite :

« Tous les points de la peau ou des muqueuses qui sont le siège d'une irritation prolongée peuvent devenir le lieu d'élection d'un épithélioma.

Digitized by Google

Une cicatrice (*Bullet. de thérap.*, 30 janv. 1877), un vésicatoire ou un cautère à demeure, un lupus ulcéré, voire même une syphilide, peuvent servir de point de départ à l'irritation épithéliale. De même une plaque de psoriasis (Tillaux, *Société de chirurgie*, Cartaz, *Soc. anat.* 1877), bien que cela soit infiniment rare eu égard à la fréquence du psoriasis; l'eczéma chronique des doigts, l'intertrigo chronique sont plus souvent le lieu d'origine d'épithéliomes qui, dans la région ano-génitale, peuvent végéter avec une exubérance extraordinaire.

Dans la bouche, toutes les causes d'irritation se trouvent réunies, et il n'y a rien d'extraordinaire à ce que l'épithéliome y succède fréquemment à diverses lésions chroniques. Assurément, les stomatites épithéliales chroniques et les glossites de même nature, que l'on désigne improprement, en France, sous le nom de psoriasis buccal, sont un terrain tout préparé pour le développement ultérieur de l'épithélioma interstitiel, et elles n'en sont alors, à vrai dire, que le premier stade. Mais ce stade est d'une extrême longueur, et si le malade atteint de ces stomatites, que nous appelons stomatites épithéliales chroniques superficielles, en plaques lisses, chagrinées et même papilliformes, s'astreint à une hygiène locale appropriée et absolument sévère, la pénétration épithéliale parenchymateuse peut ne jamais se produire. Elle se réalise au contraire fréquemment, et presque inévitablement, dans le cas inverse. »

Il n'est pas inutile de rappeler, en terminant, la conduite à suivre en présence d'un psoriasis buccal compliqué d'épithélioma. Les indications thérapeutiques ont été ainsi formulées par MM. les professeurs Trélat et Verneuil (*Soc. de chirurgie*, nov. et déc. 1880) : proscrire absolument l'emploi des caustiques, qui ne feraient qu'accélérer l'envahissement, et recourir sans retard à l'extirpation des noyaux d'induration épithéliomateuse avec décortication de toute la région de la langue atteinte de leucoplasie. Si cette opération n'est pas faite promptement, l'engorgement ganglionnaire du cou et les phénomènes de généralisation la rendront bientôt inutile.

(1) Note à la traduction des *Leçons de Kaposi*, t. II, p. 329.

Digitized by Google

REVUE DE DERMATOLOGIE

THÉRAPEUTIQUE.

I. — Sur l'emploi de la gélatine médicamenteuse dans les affections de la peau, par le professeur Fil. Jos. Pick. (*Monatshefte für Praktische Dermatologie*, II *Band : N°* 2.)

II. — Administration par l'épiderme des médicaments a l'état d'oléates (*In the Ephemeris* analysé dans *The medical Record*, 1883, p. 70.

III. — Traitement du lupus, par George H. Fox. (*The medical News*, 3 mars 1883, p. 237.)

IV. — Traitement de la lèpre, par C.-T. Peters. (*Edimburgh medical Journal*, mars 1883, p. 809.)

I. — Il ne s'agit pas, dans ce travail important du professeur Pick, de l'introduction dans la thérapeutique du psoriasis d'un nouvel agent médicamenteux, mais bien d'un procédé nouveau d'*application* des substances les plus récemment introduites dans le traitement externe de cette dermopathie.

Ces agents nouveaux constituent un progrès considérable ; mais personne de ceux qui sont au courant de ces questions n'ignore combien de difficultés de détail subsistent dans leur application sous forme de frictions à l'aide de solutions, de pommades, d'emplâtres, de bandelettes, etc.

On avait pu penser un moment que le collodion pourrait servir à incorporer les agents actifs divers et à simplifier leur application, mais ces espérances n'ont pas été justifiées.

Or, voici que le professeur Pick semble avoir trouvé dans la gélatine, à laquelle il incorpore, en proportions diverses, la chrysarobine, l'acide pyrogallique, etc., un moyen de résoudre la difficulté et de simplifier considérablement la cure du psoriasis. C'est là un progrès trop important pour que nous n'en donnions pas avis immédiat à nos lecteurs et que nous ne fournissions pas tous les renseignements nécessaires à l'application du procédé ; pour cela nous n'avons rien de mieux à faire que de laisser presque complètement la parole au savant professeur de Prague. Voici en quoi consiste sa méthode :

On fait fondre au bain-marie, dans deux fois son poids d'eau distillée, de la gélatine blanche du commerce complètement pure, et en agitant constam-

Digitized by Google

ment la masse en fusion, on y ajoute la quantité de substance médicamenteuse que l'on veut. On laisse refroidir ce mélange et l'on obtient ainsi une sorte de gâteau qui présente la forme du vase dans lequel on l'a fait fondre. Alors, quand on veut l'appliquer, on prend un petit morceau de ce gâteau que l'on fait fondre dans un vase quelconque, une tasse à café, par exemple, placée dans de l'eau bouillante, et on étale la gélatine fondue sur les points malades de la peau à l'aide d'un pinceau de crin. En très peu de temps la couche de gélatine se durcit, mais alors elle est raide, et pour qu'elle atteigne la souplesse nécessaire, particulièrement au niveau des articulations, et aussi pour éviter qu'elle se casse par suite de la rétraction que la gélatine subit toujours en se desséchant, il faut l'enduire d'une très petite quantité de glycérine.

Voici donc comment on devra formuler pour le pharmacien :

Gelatine albæ siccæ 50,0
Aquæ dist. 100,0
Solve in balneo aquæ et admisce sub assidua agitatione.
Chrysarobini 10,0
Miscellam sepone ; refrigeratum detur ad chartam ceratam. S.

Pick a employé de cette manière une gélatine contenant 5, 10, 20 et 100 de chrysarobine, ainsi qu'une gélatine préparée de la même manière comme excipient d'acide salicylique, phénique, pyrogallique, d'iodoforme ou d'huile de naphte.

Avant de commencer l'usage de ces différentes sortes de gélatines médicamenteuses, il s'est d'abord assuré des effets que peut produire sur la peau la gélatine pure et sans aucune addition médicamenteuse. Le premier fait, c'est que la gélatine ne détermine absolument aucune irritation sur la peau saine ou malade, et que, quand on n'y ajoute pas de glycérine, elle agit par la pression uniforme qu'elle exerce sur toutes les parties sous-jacentes, comme le ferait un bandage compressif.

Comme elle est soluble dans l'eau, on peut facilement l'enlever des parties où elle a été appliquée, soit en donnant un bain, soit simplement par le lavage. On peut facilement aussi l'enlever à l'aide de la glycérine. C'est à cette compression que la gélatine pure doit son action dans toutes les affections de la peau qui proviennent d'une hyperémie cutanée, et c'est pour cela aussi que l'auteur en a obtenu de bons résultats dans le traitement de l'acné rosacée, de l'érythème noueux, des engelures, des brûlures superficielles. Il est vrai de dire que dans tous ces cas, bien qu'il se soit agi uniquement d'exercer une simple compression ou même simplement de recouvrir et de protéger les parties malades, on a toujours ajouté un peu d'acide salicylique à la gélatine parce que sans cela cette substance tombait facilement en moisissure et devenait inutilisable. Mais comme cette action compressive donne également de bons résultats dans les dermatoses inflammatoires chroniques qui ne s'accompagnent pas d'exsudation sur la surface libre de la peau et qui ne se terminent que par suppuration, Pick met sur le compte de cette compression une partie des effets obtenus avec ces préparations de gélatine, et signale comme autre résultat à noter, que la gélatine constitue un excellent moyen de revêtement et de protection et empêche la dessication de l'épiderme récemment formé.

L'auteur a fait le plus fréquent usage de la gélatine à la chrysarobine et à l'acide pyrogallique dans le psoriasis ; il emploie une gélatine contenant

Digitized by Google

10 0/0 de chrysarobine. Le malade est d'abord soigneusement lavé à un savon de potasse dans un bain chaud, puis on applique la gélatine avec un pinceau sur les points occupés par le psoriasis. Après que la gélatine s'est séchée, on l'enduit d'une très petite quantité de glycérine. On renouvelle ces applications tous les deux jours dans les cas graves ; il suffit, dans les cas légers, d'y revenir deux ou trois fois par semaine. On peut entreprendre d'appliquer le traitement de suite sur tout le corps, sans aucun inconvénient pour le malade. Les modifications qui se manifestent sur la peau consistent d'abord en ceci : que sur les points envahis par le psoriasis toute desquamation cesse, que bientôt l'infiltration de la peau diminue, pour enfin disparaître complètement. Les parties couvertes de psoriasis deviennent alors complètement blanches, tandis que sur leurs bords, aussi loin que s'étend la gélatine sur la peau saine, cette dernière prend une coloration violette. Ce changement de couleur est déterminé par l'action que l'alcali contenu dans les sécrétions de la peau exerce sur la chrysarobine ; il cesse donc là où la sécrétion cutanée est considérablement diminuée ou tout à fait nulle comme cela a lieu dans les parties envahies par le psoriasis.

Il n'est pas possible de confondre cette coloration de la peau avec la rougeur érythématheuse que précisément on évite toujours par l'emploi de la gélatine chrysarobinée. La gélatine à l'acide pyrogallique s'emploie absolument de la même façon,

La gélatine chrysarobinée est colorée en jaune et l'on ne peut voir les changements qui se sont produits sur les points envahis par le psoriasis qu'en débarrassant la peau de la couche médicamenteuse. Au contraire, avec la gélatine additionnée d'acide pyrogallique, qui est complètement transparente, on peut toujours constater les changements qui se produisent sur la peau malade, sans avoir besoin de retirer la gélatine, puisque celle-ci est tout à fait claire comme de l'eau, transparente, et laisse voir les parties de peau sous-jacentes absolument comme à travers un couvercle de verre ; la proportion est de 10 à 20 0/0.

Pick a employé la gélatine contenant 5 à 10 0/0 d'acide salicylique dans la période squammeuse de l'eczéma chronique ; il en fait également usage dans le cas de congélations, d'engelures, et elle donne des résultats tout à fait remarquables dans les engelures du pavillon de l'oreille, du nez et des doigts, où elle exerce de tous les côtés une pression uniforme sur toutes les parties où elle est étendue d'une manière uniforme et, par suite, elle détermine une disparition plus rapide de l'infiltration

Il a obtenu aussi des résultats tout à fait remarquables — mais simplement palliatifs, il est vrai — par l'emploi de la gélatine contenant 10 0/0 d'acide salicylique ou phénique, dans le prurit même idiopathique de la peau. Dans ce cas la démangeaison disparaît aussitôt que la gélatine couvre la peau, mais elle se montre de nouveau quand on enlève la gélatine de la surface cutanée. Dans tous les cas il est nécessaire que le malade remplace par de nouveaux badigeonnages les couches de gélatine qui sont détachées soit par le frottement des vêtements, soit par les mouvements des membres, ce qu'il peut toujours faire facilement sans avoir besoin de repasser chaque fois le pinceau sur toutes les places, ou de laver à grande eau les points mis à nu.

En terminant, Pick fait remarquer avec insistance qu'il est très essentiel de donner à la gélatine la consistance exacte qu'elle doit avoir, et qu'il faut une certaine pratique pour déterminer la quantité de glycérine que l'on doit étendre sur la couche de gélatine et le moment précis où on doit le faire.

Digitized by Google

La gélatine est si bon marché que son prix n'entre nullement en question; c'est de la valeur du médicament qu'on y incorpore que dépend le prix de la gélatine médicamenteuse.

Il n'y a rien à ajouter à cette exposition si nette et si précise, que nous avons non analysée, mais reproduite textuellement : nous ne pouvions pas faire mieux pour donner au professeur Pick la preuve de l'intérêt que nous attachons à sa communication dont l'intérêt pratique est si manifeste.

Inutile de dire que nous allons mettre en pratique sa méthode sur le terrain étendu dont nous disposons, et que nous n'omettrons pas de rendre compte des résultats obtenus. Ernest Besnier.

II. — Ce n'est que depuis que John Marshall a appelé l'attention sur la valeur des oléates de mercure et de morphine, en 1872, que la médication épidermique a été systématiquement essayée. Elle est basée sur la facilité avec laquelle la peau absorbe l'acide oléique et les substances alcalines que l'on y fait dissoudre. Cet acide oléique est retiré de l'huile rouge des fabricants de bougies stéariques; appliqué sur la peau, il la mouille, puis il s'évapore avec la plus grande rapidité. Il se combine avec les divers alcaloïdes, en en prenant de 50 à 69 pour 100. Les oléates ordinaires sont de faibles solutions d'oléates d'atropine, d'aconitine, etc., dans un excès d'acide oléique. Dans quelques cas rares où cet excès d'acide est irritant, on peut ajouter de l'huile douce. L'acide oléique peut se combiner avec divers métaux, le fer, le cuivre, le zinc, le plomb, le mercure, etc. Cette dernière combinaison est seule utilisée.

Si l'on prend une solution d'oléate d'aconitine à 2 pour 100, solution dont une goutte renferme un 120me de grain d'aconitine, et si l'on fait des frictions sur un demi-pouce carré de peau avec deux fois la quantité de substance qui reste adhérente au bouchon de la fiole où se trouve la solution, on éprouve tout de suite une sensation de chaleur qui disparaît en une demi-heure environ. Si l'on emploie le double de la quantité précédente, on ressent promptement du fourmillement dans les nerfs de la région frictionnée, puis une sensation de chaleur, de picotement, enfin d'engourdissement : tout cela dure une heure.

Les autres préparations agissent aussi avec une rapidité très grande, quoiqu'un peu moindre que la précédente. Cinq minims d'oléate d'atropine appliqués sur l'articulation du genou déterminent en peu de temps la dilatation de la pupille. Les solutions de strychnine, de vératrine et d'atropine sont à 2 pour 100. L'oléate de morphine est à 5 pour 100 : Cinq à dix minims appliqués sur l'abdomen, puis recouverts de taffetas imperméable sont la dose ordinaire pour les enfants de 1 à 4 ans. L'oléate

Digitized by Google

de quinine doit contenir 21 pour 100 de quinine : deux drachmes sont nécessaires pour obtenir un effet utile.

On ne peut évidemment faire de la peau un organe d'absorption ; cependant on doit l'utiliser plus souvent qu'on ne le fait, car on peut ménager ainsi les autres voies. L. BROCQ.

III. — L'auteur commence par faire remarquer qu'il serait fort préjudiciable de prendre une syphilide tuberculeuse pour un lupus, et de lui appliquer un traitement chirurgical, tandis que le malade ne souffrirait guère d'une erreur de diagnostic entre le lupus tuberculeux et le lupus érythémateux, ou bien entre le lupus, l'épithélioma et cette lésion que l'on désigne en Angleterre sous le nom de *rodent ulcer* : la conduite à tenir dans ces diverses affections est, en effet, à peu près la même. Dans chacune d'elles on a affaire à un tissu nouveau qui tend à envahir les parties saines : il faut donc le détruire. Mais pour cela on ne doit point employer de demi-mesures : dans beaucoup de cas les tentatives que l'on a faites pour guérir les ulcérations ou enlever les tubercules par des cautérisations quotidiennes n'ont fait qu'activer les progrès de la maladie. Il vaut mieux ne rien faire que de se contenter d'irriter les parties atteintes par des applications qui tendent plus à enflammer la peau saine qu'à détruire les produits morbides. Mais il n'est pas toujours nécessaire, et dans le lupus de la face il est souvent peu sage d'essayer de les enlever complètement en une seule opération. En effet, quand on traite un lupus, on doit se proposer non seulement de détruire les tissus malades, mais encore de laisser le moins de déformation possible. Aussi est-il préférable dans le lupus de la face d'en enlever la plus grande partie par une première opération, et d'avertir le malade qu'il sera nécessaire d'intervenir une deuxième ou même une troisième fois, pour éviter, autant que faire se peut, de laisser une cicatrice trop apparente. L'auteur ajoute cependant que, si le malade le réclame, on peut tout terminer en une seule fois, mais qu'il ne conseille pas de le faire dans beaucoup de cas.

Autrefois on enlevait largement avec le bistouri les parties atteintes de lupus : on avait ainsi des succès, mais aussi des cicatrices trop larges et trop profondes. Les moyens dont nous disposons actuellement nous permettent de ne recourir au bistouri que dans quelques cas fort rares. Lorsque le lupus envahit la paupière inférieure, une autoplastie peut être nécessaire pour combler la perte de substance causée par l'ablation du tissu morbide ; mais, en dehors de ces indications toutes spéciales, la cuiller tranchante, ou *curette*, est un instrument bien préférable. Soit que l'on se trouve en présence d'un amas de tubercules sans ulcérations, soit que l'on ait affaire à une plaque ulcérée, on peut au moyen de la curette enlever le tissu morbide avec la plus grande facilité et sans beaucoup de

Digitized by Google

douleur. A moins que le malade ne soit âgé, faible, ou pusillanime, on peut même opérer ainsi des lupus de peu d'étendue sans recourir aux anesthésiques. Lorsque l'anesthésie est nécessaire, le protoxyde d'azote est préférable à l'éther et au chloroforme. Dans beaucoup de cas on peut se servir fort utilement de l'anesthésie locale que l'on obtient en faisant des pulvérisations d'éther.

La facilité avec laquelle le tissu morbide peut être énucléé est tout à fait surprenante pour quiconque n'est pas familiarisé avec l'usage de la curette. Les nodules lupeux, quoique paraissant fermes au toucher, sont plus mous que le derme environnant, et il faut très peu de force pour les énucléer du chorion. L'opérateur s'habitue bien vite à reconnaître la sensation toute spéciale que l'instrument donne à la main quand il arrive au contact d'une peau tout à fait saine. Mais si on s'en tient là, il y a presque fatalement des récidives, surtout si l'affection existe depuis longtemps, et si elle a envahi les parties profondes : aussi est-il toujours prudent de cautériser la surface à vif que laisse le grattage, ou d'y appliquer une pâte ou une poudre susceptible de détruire la vitalité des cellules de lupus qui peuvent encore s'y trouver. De tous les caustiques qui ont été employés, G. H. Fox trouve que le chlorure de zinc est le plus efficace, mais la douleur qu'il occasionne est une sérieuse objection à son usage. Le cautère actuel et le thermocautère ont été fort recommandés ; mais l'auteur a vu si souvent les nodules de lupus reparaître après leur emploi qu'il ne peut les conseiller. Il a fait, au contraire, avec succès après le râclage, des applications d'acide pyrogallique sous forme de pommade à 20 pour 100. Un mélange à parties égales d'acide arsénieux et de gomme d'acacia, transformé en pâte par l'addition de quelques gouttes d'eau est très utile, car il tend à ne détruire que le tissu morbide ; mais il cause des douleurs très vives, qui durent plusieurs jours. Lorsque l'infiltration n'est ni trop large, ni trop profonde, il faut faire après le râclage des applications d'iodoforme : elles sont indolentes, elles tendent à détruire les cellules de lupus, et favorisent la guérison rapide de l'ulcération. Mais si la plaque est très large et l'infiltration de la peau profonde, ce qui vaut le mieux d'après l'auteur, c'est d'introduire dans les petites cavités qui persistent après l'ablation des nodules un crayon de nitrate d'argent taillé en pointe, et de l'y tourner et retourner dans tous les sens.

Après l'emploi de ces moyens, la guérison se fait d'ordinaire rapidement, et on obtient ainsi une cicatrice assez unie (*tolerably smooth cicatrice*).

Pendant l'année qui suit l'opération, l'affection peut récidiver sous forme d'une ou de plusieurs papules d'un rouge brun qui se montrent sur les bords ou au milieu du tissu cicatriciel. Une deuxième opération devient alors nécessaire ; mais elle n'est que fort peu de chose compara-

Digitized by Google

tivement à la précédente ; on énuclée les foyers de lupus avec une toute petite curette, et on introduit dans les cavités ainsi formées un cône de nitrate d'argent.

G.-H. Fox ajoute que les ponctions multiples et les scarifications linéaires sont des méthodes de traitement qui ont été hautement recommandées par les dermatologistes européens, mais qu'elles sont, à son avis, bien inférieures à la curette et aux caustiques. Cependant, lorsque la maladie a envahi le nez, on doit préférer le traitement par les scarifications linéaires à tous les autres, car on détruit ainsi les cellules morbides, et on les transforme en tissu fibreux sans amener la moindre déformation. (*Without changing the normal contour of the part.*)

L'auteur n'a que fort peu de confiance dans le traitement interne du lupus; cependant il faut surveiller l'hygiène, et l'on peut administrer les préparations iodiques et l'huile de foie de morue.

Le lupus vulgaire n'est pas pour lui l'affection rebelle que l'on décrit dans la plupart des ouvrages; en effet, sauf les cas où il a été négligé et où il a déjà produit d'effrayants ravages, G. Fox croit qu'on peut obtenir une bonne et rapide guérison si le malade jouit d'une assez bonne santé et si le médecin est persévérant.

Il reconnaît, d'autre part, que le lupus érythémateux est une affection très ennuyeuse à soigner, et, comme elle défigure d'ordinaire moins que le lupus vulgaire, le malade ne se soumet que difficilement à une intervention chirurgicale. Dans les formes bénignes et récentes, les applications quotidiennes de savon vert réussissent en enflammant les tissus, et déterminent ainsi la résorption des cellules de lupus. Dans un ou deux cas l'auteur en a vu des plaques disparaître par des applications continuelles d'emplâtre mercuriel, tandis que dans beaucoup d'autres circonstances ce moyen ne donnait aucun résultat. Tout récemment il a essayé avec quelque succès des applications de collodion contenant 20 0/0 de chrysarobine. Si ces moyens sont inefficaces, et s'il faut recourir aux caustiques, G.-H. Fox recommande surtout l'éthylate de sodium. Cette substance produit des phlyctènes, une eschare superficielle, et, grâce à une action tout à fait spéciale qu'elle semble exercer sur les vaisseaux, elle fait disparaître les plaques de lupus érythémateux et ne laisse qu'une fort légère cicatrice.

La curette n'est au contraire, pour l'auteur américain, que d'une très minime utilité dans le traitement du lupus érythémateux, bien qu'il l'ait employée avec succès.

Quant au traitement interne de cette affection, il rappelle que l'administration prolongée du phosphore a sûrement amené la guérison dans quelques cas, et qu'on a depuis quelques années fortement recommandé l'emploi de l'iodure d'amidon ou *amylum iodatum* : il regarde cette der-

Digitized by Google

nière substance comme fort efficace chez les malades qui présentent des symptômes de strume et qui ont besoin des préparations iodiques : elle lui a permis d'améliorer la santé générale de sujets atteints de syphilis ancienne, de lupus vulgaire ou de lupus érythémateux ; toutefois, il n'a jamais vu guérir ni même modifier d'une façon notable cette dernière affection par l'administration seule de ce médicament. L. BROCQ.

IV. — L'auteur a traité dans l'Inde anglaise 29 lépreux, dont 18 hommes et 11 femmes : trois avaient moins de 15 ans, quatre moins de 25 ans vingt-deux avaient de 25 à 45 ans. Plusieurs avaient des lépreux dans leur famille : quelques-uns attribuaient leur maladie à un mariage avec un lépreux ; dans quelques cas il était impossible d'assigner une cause quelconque à l'affection ; elle s'était montrée *de novo* après un affaiblissement général, ou bien après une blessure que les malades s'étaient faite tout à fait accidentellement aux extrémités, blessure qui était devenue le point de départ des lésions. Il était impossible de mettre en cause comme étiologie une alimentation composée de poissons, car trois des sujets observés étaient des Brahmines qui n'en mangent jamais. En réalité, on ne peut incriminer comme cause de la lèpre aucune variété particulière de régime : il semble cependant que le grain avarié puisse la produire au même titre que le poisson gâté. C'est l'usage dans les Indes d'amasser pour deux ou trois ans du grain dans des cases faites d'ordinaire avec des murs de bambou et de boue, recouvertes d'un toit d'herbes, et où les denrées sont susceptibles de s'altérer parce qu'elles sont exposées à l'humidité. Une fois avariées on les vend moins cher, et leur consommation est aussi malsaine que celle du poisson gâté.

Symptômes présentés par ces malades et qui ne sont généralement pas décrits dans les livres : — la plupart des malades se plaignaient de dyspepsie accompagnée d'une sensation de brûlure à la région précordiale, d'un appétit vorace ou capricieux difficile à satisfaire, d'insomnie pendant la nuit. Ils éprouvaient aussi un malaise général, des douleurs semblables à celle du rhumatisme chronique dans les articulations et en divers point du corps : ceux qui étaient débilités, avaient de la diarrhée et de la dysentérie. Chez quelques uns de ceux qui étaient arrivés à une période avancée, on observait des complications pulmonaires avec fièvre intense, probablement dues aux tubercules de lèpre qui se formaient dans le tissu pulmonaire, et qui amenaient une terminaison fatale. Dans un cas on vit se produire une forte poussée fébrile à la suite de laquelle des plaques permanentes d'un brun noirâtre se développèrent sur tout le tronc jusqu'à la ceinture. L'un d'entre eux avait une ulcération du larynx, sa voix était réduite à un simple murmure, et il souffrait d'accès dyspnéiques fréquents ressemblant à des accès de croup spasmodique

Digitized by Google

pour lesquels on lui administra de l'iodure de potassium, de l'ammoniaque et de l'éther. Leurs extrémités étaient assez complètement anesthésiées pour leur permettre de se brûler sans le sentir, ou d'être rongés par les rats pendant leur sommeil.

Traitement. — L'auteur expose avec beaucoup de détails sa méthode de traitement : il faisait d'abord frictionner le malade sur tout le corps avec de l'acide phénique et de l'huile douce le matin pendant deux heures, puis il lui faisait prendre un bain chaud savonneux ; il le faisait ensuite frotter sur les parties affectées avec une émulsion d'huile de gurjon faite suivant la formule du Dr Dougall (c'est-à-dire : huile de gurjon 1 partie, eau de chaux 8 parties, bien battues ensemble de façon à former un onguent de consistance crémeuse) : il faisait enfin remplir les ulcérations de coton imbibé de cette émulsion. Les ulcérations guérissaient ainsi avec rapidité, même celles qui persistaient depuis plusieurs années ; mais les parties anesthésiées et les tubercules ne subissaient aucune modification ; il faut en excepter un ou deux cas, où les malades déclarèrent que les tubercules s'affaissaient. Aussi l'auteur essaya-t-il l'huile de noix d'acajou, et il le fit avec un tel succès que les malades eux-mêmes en réclamaient l'emploi, malgré les phlyctènes si douloureuses et si gênantes que cause son application.

En résumé, le traitement externe consistait :

1° En applications générales d'huile phéniquée (à 1 gr. d'acide phénique pour 40 d'huile), suivies de lotions chaudes savonneuses ;

2° En applications sur les parties ulcérées d'une émulsion d'huile de gurjon dans trois fois son volume d'eau de chaux : on faisait d'abord des frictions, puis on mettait sur les plaies du coton imbibé de l'émulsion, coton qu'on maintenait par un bandage ;

3° En applications d'huile de noix d'acajou sur les parties anesthésiées et sur les tubercules.

A l'intérieur, l'auteur administrait l'huile de chaulmogra à la dose de 5 minims, avec 5 grains de bicarbonate de soude et une once d'eau de menthe.

Pendant quelques temps, le docteur Peters employa *l'huile de gurjon (Balsam diptérocarpi)* à l'intérieur et à l'extérieur, mais il fut obligé d'en cesser l'usage interne à cause des indigestions et des diarrhées qu'elle déterminait. Mais son efficacité est remarquable dans le traitement des ulcères lépreux chroniques qui se ferment rapidement sous son influence et ne se rouvrent pas une fois cicatrisés bien que des ulcères nouveaux puissent se produire dans le voisinage. Cette émulsion adoucit également la peau, et prévient les craquelures qui sont souvent le point de départ d'ulcérations invétérées. Elle a, de plus, l'avantage d'éloigner les insectes qui infestent les lépreux, et dont les larves peuvent même se loger sous

Digitized by Google

leur peau quand ils ne prennent pas de soins de propreté. Un dernier avantage de l'huile de gurjon, c'est son bon marché.

L'huile de noix d'acajou, que l'on prépare avec le fruit de *l'Anacardium occidental* est un des plus puissants movens que l'on ait pour faire dissoudre les tubercules.

On en fait des applications quotidiennes à leur surface jusqu'à ce qu'il se forme des ulcérations; les productions tuberculeuses s'affaissent et disparaissent en laissant s'écouler, dans quelques cas, une matière ichoreuse. On panse ensuite les surfaces ulcérées avec de l'émulsion d'huile de gurjon qui les fait cicatriser très rapidement, puis on reprend les applications d'huile de noix d'acajou, et ainsi de suite jusqu'à complète disparition des tubercules. On doit veiller à ne pas laisser couler cette substance sur la peau saine ou dans les yeux. Cette huile paraît être aussi efficace dans les formes anesthésiques; on l'applique sur les plaques malades de la même façon que sur les tubercules.

L'huile de Chaulmogra (ol. gynocardiœ) est extraite des semences du *gynocardia odorata*; elle est surtout utile comme remède interne: elle agit comme un altérant et comme un tonique stimulant. Administrée avec le bicarbonate de soude et l'eau de menthe, elle apaise les douleurs dyspeptiques et les besoins constants de nourriture dont souffrent si souvent les lépreux; elle facilite les digestions; elle aurait, de plus, une certaine influence sur les tubercules et tendrait à les faire disparaitre.

L'auteur s'est servi d'acide phénique mélangé à de l'huile douce (Arachis hypogœa, sesamum orientale, verbesina sativa, noix de coco) dans la proportion de 1 partie d'acide pour 20 ou 40 parties d'huile; il l'a employé pour faire des onctions générales, et comme succédané de l'huile de gurjon quand celle-ci faisait défaut; mais l'huile phéniquée est beaucoup moins efficace que cette dernière pour guérir les ulcères des lépreux.

Enfin le Dr Peters a aussi essayé *l'iodure de potassium* chez des lépreux qui étaient en même temps syphilitiques; il pense que cette substance favorise la résorption des infiltrats de nouvelle formation qui produisent les tubercules.

Quand au *régime*, ses malades se nourissaient surtout de riz, de pommes de terre et de quelques légumes; ils avaient du mouton une fois par semaine et de temps en temps du poisson frais. Le poisson salé et les courges étaient sévèrement interdits.

Pendant la famine 1876-78 la qualité des aliments fut très inférieure; aussi plusieurs malades virent-ils leurs lésions s'aggraver notablement.

L'alimentation a donc sur la maladie une influence marquée. L. BROCQ.

Digitized by Google

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

SYPHILIS DES CENTRES NERVEUX.

I. — AFFECTION SYPHILITIQUE DES ARTÈRES CÉRÉBRALES, par le Dr SHARKEY. (*Pathological society of London*, 16 janvier 1883. *British med. journal*, 20 janvier 1883.)

II. — SYPHILIS CÉRÉBRALE. — GUÉRISON, par CHANTEMESSE. — (*France médicale*, 1882.)

III. — PARALYSIE SYPHILITIQUE DU MEMBRE INFÉRIEUR DROIT. — TROUBLES TROPHIQUES. — GUÉRISON, par RAMES. — (*Gazette des hôpitaux*, 1883.)

IV. — L'ATAXIE LOCOMOTRICE EST-ELLE D'ORIGINE SYPHILITIQUE ? par ABADIE. (*Gazette hebdomadaire*, 1882.)

I. — Le malade dont le Dr Sharkey montre les pièces anatomiques, alla d'abord consulter le Dr Nettleship pour une affection inconnue de l'œil, affection qui amena rapidement la perte de la vue ; puis survinrent des douleurs de tête et une éruption de couleur cuivrée. Peu après il fut pris de convulsions et de coma, puis d'une paralysie du bras droit et de la jambe gauche et d'une légère paralysie faciale droite ; la pupille gauche était la plus petite. Il n'y avait aucun trouble de la sensibilité : l'urine était très albumineuse. La température s'éleva graduellement et le malade finit par mourir après une série de convulsions avec une température de 107° Fahr.

A l'autopsie, on trouva la dure-mère épaissie : l'artère cérébrale moyenne était oblitérée par une coagulation dure, blanchâtre. Du côté droit, l'artère cérébrale moyenne était oblitérée par une coagulation plus récente. Le lobe frontal droit était ramolli. Les noyaux extraventriculaires des deux côtés étaient presque diffluents. Dans les deux artères, il y avait un épaississement chronique fibreux des parois, et une inflammation aiguë, récente, étendue, de la tunique externe. Les vasavasorum n'étaient que dilatés. La mort arriva sept mois seulement après le début

Digitized by Google

du chancre. Un autre point fort intéressant de cette observation, c'est que la tunique externe des vaisseaux était le siège principal des lésions, tandis que, dans la plupart des cas d'artérite syphilitique, c'est la tunique interne qui est surtout intéressée. L. BROCQ.

II. — La malade, âgée d'une cinquantaine d'années, était plongée dans un état d'idiotie à peu près complet ; quand on l'apporta à l'hôpital elle était gâteuse et ne répondait que par des grognements inintelligibles. Légère hémiplégie faciale droite.

Une cicatrice blanche, rayonnée, adhérente aux os, siégeant à la tête, mit sur la voie du diagnostic. Le traitement consista en frictions mercurielles à l'extérieur et en l'administration de l'iodure de potasium à l'intérieur.

Au bout de quatre jours on put noter une amélioration sensible dans l'état de la malade. On apprit alors de cette dernière que pendant quatre mois, avant son entrée à l'hôpital, elle éprouvait de violents maux de tête et que son intelligence, ainsi que son aptitude au travail, étaient restées très affaiblies après une attaque convulsive précédée d'une hallucination et suivie de perte de connaissance. Quarante jours après son entrée à l'hôpital la malade ne conservait plus qu'une sorte d'infantilisme de l'intelligence. P. G.

III. — Le sujet de cette observation avait subi un traitement spécifique à l'hôpital du Midi, en 1872. En 1880, il fit une chute en arrière, de 1 mètre de hauteur avec effort de reins. En 1881, fièvre typhoïde légère. Un mois après cette dernière maladie, douleur à exaspération nocturne irradiant le long du rachis et au niveau des hypochondres. Quelques jours après l'apparition de ces douleurs, le malade fut tout à coup frappé de paralysie complète du membre inférieur droit en même temps que de paralysie de la vessie. Le membre inférieur gauche est resté sain. L'état du malade peut se résumer ainsi : paralysie du mouvement complexe dans le membre malade accompagné d'hyperesthésie considérable, exagération des réflexes. Paralysie vésicale nécessitant le cathétérisme deux fois par jour. Deux larges eschares sur les côtés de l'arrête de sacrum. Saillie douloureuse au niveau de la première ou deuxième vertèbre lombaire.

Les eschares se détachèrent, la cicatrisation s'obtint et le retour à la santé se fit graduellement ; au bout de trois mois le malade ne conservait plus qu'un peu de boiterie. La saillie douloureuse avait disparu.

Le traitement avait consisté à faire prendre au malade deux cuillerées à bouche de sirop de Gibert.

Digitized by Google

L'auteur résume l'interprétation de cette observation dans cet énoncé : « diathèse syphilitique, accidents tertiaires apparus à l'occasion d'une « débilité consécutive à une fièvre typhoïde, détermination locale due « au reliquat d'une entorse de la région lombaire. » P. G.

IV. — D'après de nombreux faits empruntés à sa pratique et à la littérature médicale, l'auteur fait remarquer que le traitement spécifique réussit presque toujours dans les cas de névrites et de choroïdites, déterminés par la syphilis, où l'ophthalmoscope montre une infiltration diffuse occupant la surface du nerf. Au contraire, dans les cas de névrite du nerf optique, liée à l'ataxie locomotrice, le même traitement ne réussit jamais, même quand la lésion est combattue tout à fait au début.

M. Abadie compare les lésions anatomiques de l'ataxie à celles de la syphilis et il tire encore de cette comparaison un argument en faveur de la dualité des deux affections. Dans l'ataxie « les modifications qui surviennent lentement dans le tissu nerveux se traduisent par une simple décoloration; or, il n'est pas une seule lésion connue de la syphilis qui ne débute par des modifications dans le système lymphatico-sanguin de la région intéressée. Tantôt c'est une simple rougeur, tantôt une ulcération, ailleurs une infiltration, des exsudats, etc., qui annoncent *toujours* l'apparition des manifestations syphilitiques. *Rien de pareil ne s'observe dans l'atrophie tabétique et, à mes yeux, c'est là un argument décisif* qui plaide en faveur de la non spécificité du *tabes dorsalis.* » M. Abadie rappelle que Debove a trouvé, à l'autopsie d'un tabétique mort au début de son affection, des lésions médullaires caractéristiques avec atrophie du système nerveux et absence de rougeur, de vascularisation et d'exsudats.

Tout en admettant l'existence de syphilis médullaires, l'auteur estime qu'il n'existe pas davantage de rapports entre ces affections et l'ataxie qu'entre la syphilis cérébrale et la paralysie générale. P. G.

THÉRAPEUTIQUE.

I. — Excision d'un chancre induré a la 12e heure de son apparition, par Rasori. (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, p. 343, 1881.)

II. — Nouvelle préparation mercurielle contre la syphilis, par Liebreich. (*Wiener med. Wochensch.*, 50 et 51, 1882.)

III. — Bichromate de potasse dans le traitement de la syphilis,

Digitized by Google

par ARPAL. (*Revista de ciancias medices, Barcellona*, 1881, et *Giornale ital. delle mal. vener.*, p. 226, 1881.)

IV. — DES CONDYLOMES, OU VÉGÉTATIONS, ET DE LEUR TRAITEMENT PAR L'ACIDE PHÉNIQUE, par TOMMASO DE AMICIS. (Naples, 1882.)

I. — M. B..., docteur en droit, âgé de 28 ans et de constitution robuste, vint trouver Rasori, en février 1881, et le priait d'examiner une femme avec laquelle il avait eu des rapports 2 jours avant (13 fevrier) et qu'il soupçonnait syphilitique. Les prévisions étaient justes et furent vérifiées par l'examen : la vulve était couverte de plaques muqueuses, on voyait encore sur les parties les traces de la sclérose initiale et la roséole s'étalait sur toute la surface cutanée.

28 jours passèrent, pendant lesquels l'avocat se surveillait impatiemment et se soumettait à toutes sortes de lavages antiseptiques, au point même de déterminer une balano-posthite argentique bientôt disparue ; le soir du 27e jour la muqueuse était absolument intacte, mais le matin du jour snivant, 12 mars, il vint montrer à notre ami une tache rouge, petite papule lenticulaire grosse comme un grain de chanvre, d'un rouge violet, qui siégeait sur le feuillet interne du prépuce à droite.

Le malade demandait l'excision instantanée, et bien que parfaitement convaincu de l'inutilité de cette opération, Rasori ne refusa pas de la pratiquer. La muqueuse ayant été soulevée avec une pince, il donna un coup de ciseau qui emporta toute la partie suspecte de la muqueuse, et laissa une place de la grandeur d'une pièce de 2 centimes environ qui tendit naturellement à la guérison, mais « irritée par les manœuvres inconsidérés de l'indocile malade, *elle suppura pendant quelques jours et prit un aspect lardacé avec des bords légèrement durs; les ganglions inguinaux devinrent gros et sensibles.* La cicatrisation ne fut obtenue que le 25e jour et donna lieu à la production d'un nodule induré ovalaire.

Au 38e jour de l'excision l'examen attentif du malade ne permit pas de découvrir le moindre accident.

Mais le 29 avril, 48e jour de l'excision, apparurent des plaques muqueuses de la gorge, et le thorax portait les éléments caractéristiques d'une roséole.

La cure mercurielle fut commencée et la vérole, vérole bénigne, en somme, suivit son cours.

En résumé.

Coït infectant	13 février.
Incubation de 28 jours jusqu'au	12 mars.

Digitized by Google

Apparition du chancre et excision	12	mars.
Symptômes secondaires : 48 jours après excision.	29	avril.
id. : 76 jours après le coït		id.

Cette observation, que l'on rapprochera de celle que publia naguère Mauriac (excision à la 48e heure), offre un grand intérêt. Toutefois, nous ne partageons pas absolument sur un point particulier d'interprétation, l'avis de notre ami Rasori. Cette suppuration, cette pseudo-membrane lardacée, ces bords légèrement indurés, cette hyperplasie ganglionnaire sont les symptômes habituels de la récidive du chancre sur place. Nous avons toujours pensé que l'exérèse n'avait de chances de succès que si elle était pratiquée très largement, et *chirurgicalement* avec les précautions de nos méthodes antiseptiques ; c'est ainsi que nous considérons la suture comme un temps très important de l'opération, et que l'ablation du plus petit nodule chancreux nous a toujours donné une perte de substance de beaucoup plus large que celle dont on compare les dimensions à une pièce de 2 centimes. Il est toujours délicat de se prononcer d'après des descriptions, mais Rasori est un maître et il a su apporter dans son procès-verbal tant d'exactitude qu'il nous semble voir le malade lui-même. Aussi nous croyons-nous en droit d'insinuer en toute sincérité que les choses auraient peut-être marché différemment s'il avait moins épargné la peau de son ami. JULLIEN.

II. — Dans une des dernières réunions de la Société médicale de Berlin, Liebreich a signalé les heureux effets du *formamide mercurique* (formamide-quecksilber, hydrargyrum formidatum) dans le traitement de la syphilis. Cette préparation est administrée par la voie sous-cutanée à la dose de deux ou trois seringues d'une solution au 1/100me par jour. Elle ne coagule pas l'albumine et par conséquent est facilement absorbée ; un jeune médecin a pu constater sur lui-même que son action locale est beaucoup moins irritante et moins douloureuse que celle du sublimé. Enfin, s'il faut en croire Liebreich, son efficacité est plus prompte et plus certaine que celle du sublimé, si bien que les récidives seraient plus rares et plus légères.

Voici, d'après l'auteur, comment on peut expliquer la supériorité de cette nouvelle préparation. Les amides (par exemple, l'urée qui est un amide de l'acide carbonique) traversent l'économie sans subir de transformation. Mais combinés avec un sel métallique, ils abandonnent facilement le métal qui s'élimine pour la plus grande part après s'être réduit. Liebreich a prouvé le fait pour la formamide mercurique, et il a présenté à la Société de médecine de Berlin des préparations démonstratives de

Digitized by Google

la paroi intestinale. En définitif le mercure, par cette méthode, est absorbé et éliminé plus promptement que de toute autre manière.

P. MERKLEN.

III. — Arpal a employé avec beaucoup d'avantage, dans deux cas, le bichromate de potasse en pilules de 1 centigramme dans deux cas de syphilis à manifestations récidivantes et tenaces. Deux pilules par jour dans les premiers temps, et quatre par la suite, furent suffisantes pour faire disparaître complètement les accidents rebelles. JULLIEN.

IV. — La première édition de cet ouvrage fut publiée sous forme de thèse de concours en 1867. Je ne veux pas revenir ici sur le corps même de l'ouvrage. Depuis quinze ans, bien des questions relatives à l'étiologie des maladies vénériennes ont reçu leur solution, et si nous sommes encore hésitants, en ce qui touche à la cause propre des végétations, nous avons su du moins, par exclusion, réduire nos hypothèses et circonscrire le terrain de plus en plus. Ceux qui voudront connaître dans tous leurs détails nos conquêtes sur ce point, liront avec intérêt le présent travail ; de nombreuses planches élucident les diverses formes cliniques et l'anatomie pathologique du papillome. C'est bien certainement à ce jour la monographie la plus complète que nous possédions sur la question.

Mais il est une partie importante qui n'a guère subi de changements depuis 1867, et que les praticiens français ne connaissent pas assez, c'est le chapitre qui a trait à la thérapeutique; ce que j'en vais écrire n'est pas seulement basé sur les pages de ce Mémoire, mais aussi sur mon observation. Il y a longtemps déjà, que j'ai adopté pour mon compte la pratique à l'auteur, et comme bien peu sont au courant, je vais mettre sous les yeux du lecteur les raisons de ma conviction.

Le meilleur traitement des végétations est la cautérisation répétée avec l'acide phénique pur. Je ne parle pas, bien entendu, des petits grains très pédiculés qu'un coup de ciseau enlève facilement ; il est certain que l'exérèse reste en pareil cas la méthode de choix pour le chirurgien, mais il faut songer aux circonstances dans lesquelles le malade refuserait de s'y soumettre; on peut alors recourir à l'acide phénique, mais l'indication la plus précieuse, est encore celle qui dérive de la présence de larges plaques sessiles, ou de gros choux-fleurs bourgeonnants.

La façon de procéder est des plus simples. On se procure un petit flacon contenant les cristaux d'acide phénique pur ; il est essentiel que l'agent soit cristallisé parce qu'on doit l'avoir à son summum de concentration. Les végétations ayant été lavées, on chauffe légèrement le flacon, soit à la flamme, soit en le plongeant dans de l'eau portée au

Digitized by Google

voisinage de l'ébullition, et la liquéfaction de la couche la plus voisine des parois se produit. Il suffit alors d'en imprégner soit un pinceau, soit un bourdonnet de coton ou de charpie et de badigeonner toute la surface du mal. Immédiatement, on voit se produire une teinte blanche éclatante sur les points touchés; cette couche s'élimine, et dès le lendemain on peut recommencer.

J'avoue qu'ayant essayé déjà bien des moyens, prétendus héroïques : acide chromique, acide acétique, sans parler des rongeurs végétaux, ce ne fut pas sans scepticisme que j'abordai cette nouvelle médication; toutefois, les résultats que j'avais entrevus à Naples m'engageaient vivement à y recourir. L'occasion ne tarda pas à s'en présenter.

Une jeune fille portait sur les grandes et les petites lèvres, le clitoris et le pourtour de l'anus une quantité considérable de végétations. Les unes tenaient par un grêle pédicule, d'autres, particulièrement sur les petites lèvres, s'étalaient en plaques, mais ce qui m'inquiétait surtout au point de vue de l'exérèse, c'était une masse presque aussi volumineuse que le petit doigt à très large implantation, qui déformait la partie inférieure de la grande lèvre droite. Dans une première séance, j'essaya l'ablation par les ciseaux, mais je me heurtais à la pusillanimité de la malade qui déclara formellement qu'elle ne s'y soumettrait jamais. Ce fut alors que je mis en pratique les conseils de De Amicis. Je fus d'abord étonné du peu de douleur qu'excite l'attouchement phénique; ce serait une erreur de croire qu'il ne se produit aucune cuisson, mais elle est incomparablement moins pénible qu'avec les acides chromique ou acétique, et, d'ailleurs, chose bien remarquable, ce phénomène semble se développer à mesure que le néoplasme s'affaise, les dernières séances étant généralement l'occasion de plus de douleurs que les précédentes. Je ne veux pas relater tous les détails de cette observation. Mais je dirai qu'au bout de quelques cautérisations, la guérison fut aussi complète qu'on pouvait la désirer; il ne restait plus trace du produit morbide. J'avais vu lentement, mais avec une progression parfaitement continue, rétrocéder, puis disparaître les papillômes, et la grosse masse sessile avait été l'une des premières à subir le retrait. Depuis, j'ai cautérisé d'autres malades et toujours avec le même succès. Dans un cas de végétation balano-préputiale, toute récente, et d'une teinte rosée musculaire bien prononcée, 2 attouchements ont suffi. Enfin, j'en suis arrivé à restreindre tellement le champ de l'instrument tranchant que bien rares sont aujourd'hui ses indications, à mon avis.

Il y a longtemps que je voulais faire connaître ces résultats aux lecteurs *des Annales*, et je suis heureux que la récente publication de l'auteur m'en ait fourni l'occasion. JULLIEN.

Digitized by Google

VARIA.

DU MODE D'ENSEIGNEMENT DE LA DERMATO-SYPHILIGRAPHIE CONTEMPORAINE.

VIENNE, PARIS, LYON.

par le Dr **A. DOYON**, médecin-inspecteur des eaux d'Uriage.

(*Suite.*)

Mais revenons à l'*allegemeinen Krankenhaus :*

Tous les malades, hommes ou femmes, sont immédiatement après leur entrée envoyés au bain, puis ensuite (seulement dans la division de M. le professeur Neumann) soigneusement rasés au niveau de la région pubienne, de façon à ce que l'examen puisse se faire très facilement. Cette mesure excellente en principe, semble peu applicable parmi nous ; ajoutons que, vu la rareté relative des lésions du pénis, elle gagnerait, à notre avis, à n'être mise en œuvre que dans les cas mêmes où une lésion, soit constatée, soit soupçonnée, paraîtrait nécessiter pour son complet diagnostic un pareil sacrifice à imposer au malade ; car, ne l'oublions pas, il n'est entré à l'hôpital que pour se faire guérir.

Tous les malades hommes, avons-nous dit, se présentent complètement nus devant le chef de service ; pour les femmes on y met naturellement une grande réserve et on ne les découvre que dans la mesure nécessaire et en respectant les lois de la pudeur. Tout se passe de la manière la plus décente. Du reste, les étudiants n'assistent pas à la visite des salles, à moins d'une permission spéciale du chef de service. Mais les malades qui sont présentés à la clinique sont interrogés, examinés, pansés en présence des étudiants, lesquels peuvent ainsi se rendre compte de tout ce qu'exige l'étude approfondie de l'affection. Toutefois, disons-le, à l'honneur des usages français, cette exhibition unique à durée limitée de malades qui sont triés, qu'on ne voit par conséquent que lorsque le professeur trouve intérêt à les montrer, ne saurait remplacer, pour l'instruction des élèves, la fréquentation quotidienne des salles. Là seulement ils peuvent suivre jour par jour l'évolution du mal, l'effet des divers remèdes, s'initier à l'interrogation des malades, et assez souvent, dans une conversation plus confidentielle, obtenir d'eux, sur l'étiologie principalement, des détails que le professeur, s'il ne les ignore, n'aura le plus souvent qu'incomplets..... je n'ose dire arrangés pour les besoins d'un système.

On ne saurait non plus attacher trop d'importance à cet examen *complet* du malade sur la nécessité duquel tous les dermatologistes ont toujours très vivement insisté, notamment le professeur Hebra dans toutes ses cliniques.

Digitized by Google

Cet examen est absolument indispensable pour établir un diagnostic correct... Combien d'erreurs et des plus préjudiciables ne doivent-elles pas leur origine à un premier examen superficiel du malade. N'entend-on pas chaque jour des clients vous dire, *boutonnés jusqu'au menton :* « Docteur, j'ai quelques démangeaisons, que dois-je faire ? » Quel est le médecin qui n'a pas à se reprocher d'avoir répondu : « Vous n'avez pas autre chose, point d'éruption ?... alors prenez quelques bains sulfureux, ou bien des bains de son ou d'amidon. »

Qu'on me permette de citer ici un exemple frappant des conséquences que cette manière de procéder peut avoir, tant pour les intérêts du client que pour la réputation de son médecin.

Il me souvient d'avoir reçu à Uriage, il y a quelques années, la visite d'un fort grave personnage qui, en entrant dans mon cabinet : « Mon médecin, me dit-il, m'a conseillé de venir à Uriage prendre une dizaine de bains pour faire cesser des démangeaisons assez persistantes. » « Mais votre docteur vous a-t-il examiné ? lui demandai-je. » « Bien certainement non. C'était parfaitement inutile, puisque je lui ai dit que je n'avais pas de boutons. » « C'est égal, veuillez vous déshabiller. »

Or, cela obtenu, quelle ne fut pas la surprise, je pourrais dire la révolte, de mon malade, lorsque je lui dis qu'il n'avait pas autre chose qu'une phthiriase du pubis généralisée ! Il ne fallut rien moins que le témoignage irrécusable, porté à la pointe de l'aiguille, d'un de ces animalcules pour le convaincre de la réalité du fait.

Ce Monsieur m'avoua alors que, depuis plus d'un an, il souffrait d'un prurit presque insupportable, surtout la nuit, que plusieurs fois il s'en était vivement plaint à son médecin qui, devant les affirmations énergiques du client que sa peau était absolument indemne de toute éruption, n'avait pas exigé qu'il se soumît à un examen.

Et la gale ! Combien de fois ne l'a-t-on pas méconnue, faute d'avoir fait déshabiller les malades. Tous les dermatologistes pourraient citer de nombreux cas à l'appui de cette remarque.

Cet examen absolument complet de tout malade atteint d'une maladie de la peau, est encore plus impérieux, si c'est possible, lorsqu'il s'agit d'un galeux. S'il est indispensable de rechercher la preuve matérielle de la gale, c'est-à-dire le sillon typique, dans ses lieux d'élection, on peut bien dire que, ordinairement, un seul et rapide coup d'œil jeté sur le tégument vous indiquera d'avance que vous avez en face de vous un galeux. Tous les auteurs, en effet, ont depuis longtemps décrit ces éruptions polymorphes et typiques par leur polymorphisme même, que présentent la plupart de ces malades. Sans vouloir prononcer un jugement définitif d'après cet examen sommaire, vous serez d'autant plus excité à aller à la recherche de l'acare que vous aurez constaté l'existence de ces éruptions variées qui, chez quelques sujets, en sont les témoins presque pathognomoniques.

Et ce n'est pas seulement au point de vue du diagnostic auquel cet examen est souvent indispensable qu'il est utile de *voir* complètement son patient.

En effet, suivant l'espèce, la nature, le nombre, la diversité des lésions concomittantes, le traitement pourra et devra être modifié. Tous les dermatologistes le savent et l'enseignent, le diagnostic *gale* n'implique pas obligatoirement un traitement *rapide*.

Dans bien des cas, en présence des poussées eczémato-impétigineuses qui compliquent si souvent l'éruption acarique caractéristique chez les sujets prédisposés ou à peau fine et délicate, il sera nécessaire d'éteindre l'inflammation

Digitized by Google

tégumentaire avant de prescrire *la frotte*. Or, ces atténuations, si rationnelles à introduire quelquefois dans la cure anti-scabiéique, ne sont possibles que grâce à un examen complet du malade.

Il n'est pas un dermatologue qui, dans son cabinet, n'ait eu l'occasion de se donner la petite distraction suivante : « Voici, se dit-il, un client qui *sue l'herpétisme*. Eh bien ! je vais lui demander : avez-vous ou avez-vous eu des démangeaisons quelque part; sur d'autres parties du corps ? Et d'avance je suis sûr d'une réponse négative. » Et la chose, en effet, se passe ainsi. Et le client nie obstinément, nie une fois, deux fois, tant que l'interrogatoire se renferme dans les termes généraux. Ce n'est qu'en spécialisant, qu'en lui mettant en quelque sorte le doigt sur la croûte, ce n'est qu'en lui disant : « Et à l'anus ? et sous les bras ? et entre les cheveux ? » qu'on obtient enfin un aveu sur ce point, qui, cependant l'intéresse seul, l'intéresse personnellement, l'intéresse à un si haut degré ?

Enseignement. — Il consiste presque exclusivement en leçons cliniques. Souvent cependant à propos de plusieurs malades présentant des lésions de même ordre, le professeur fait une ou plusieurs conférences didactiques résumant l'ensemble des données cliniques antérieurement exposées sur ce sujet. C'est le triomphe de la clinique que les vues générales qu'inspire souvent ainsi le rapprochement d'une série de cas s'éclairant l'un par l'autre et par leurs différences autant que par leurs analogies. Mais ce triomphe serait son écueil si elle se laissait, en pareil cas, aller à franchir la limite qui doit toujours la séparer de la pathologie proprement dite.

Ces leçons cliniques se font tous les jours, de 10 à 11 heures, sauf le samedi et le dimanche, par le professeur Kaposi ; par le professeur Neumann, de 3 à 4 heures Les élèves ou les médecins étrangers peuvent donc, s'ils le désirent, ou suivant la direction qu'ils veulent donner à leurs études, assister chaque jour à ces deux cliniques. Bien que l'un soit installé dans la chaire de dermatologie et l'autre dans celle de syphiligraphie, ils font chacun de fréquentes incursions dans ces deux branches de la science, qui ont entre elles de si étroites connexions.

Les cours de clinique dont il a été question ne sont pas les seuls qui aient lieu dans l'hôpital général. Les *assistants* de ces cliniques et les anciens *assistants* font presque tous des leçons à différentes heures de la journée — et j'insiste sur ce point — ce sont presque toujours des leçons essentiellement cliniques et pratiques. Les assistants en exercice font leurs leçons cliniques avec les malades qui sont dans le service auquel ils sont attachés ; il en est de même des anciens assistants, mais ils doivent absolument compter sur le bon vouloir du professeur et de son assistant actuel. On peut donc dire, sans exagération, que l'enseignement de nos deux spécialités, représentées par sept ou huit cliniques quotidiennes ayant lieu chaque jour, occupe d'une façon ininterrompue la totalité de la journée scolaire.

En outre, à côté de l'*allgemeine Krankenhaus*, au n° 12 de la *Schwartzspanierstrasse*, se trouve la policlinique fondée en 1872 par le professeur H. Auspitz, avec l'aide de plusieurs autres professeurs ou agrégés de l'Université. Nous parlerons peut-être un jour, avec les détails qu'elle mérite, de cette utile institution; il nous suffit, pour le moment, de dire que là encore, le professeur H. Auspitz fait, cinq fois par semaine, des leçons sur les maladies de la peau.

Enfin, je signalerai encore deux divisions affectées à nos spécialités : l'une

Digitized by Google

à l'hôpital *Rodolphe* et l'autre à l'hôpital de *Wieden*. La première de ces divisions, qui est sous la direction de M. le professeur Gustave Wertheim, comprend trois salles d'hommes et deux salles de femmes (environ 125 malades atteints d'affections vénériennes ou syphilitiques et d'affections cutanées) et la deuxième, dirigée par M. le médecin en chef, Dr Joseph Hermann, renferme une salle d'hommes et quatre salles de femmes — principalement des prostituées.

En regard de cette énumération des ressources hospitalières que les hôpitaux de Vienne, et en particulier l'*allgemeine Krankenhaus*, présentent, pour l'étude des maladies syphilitiques et cutanées, il n'est pas inopportun de placer l'exposé de ce qui existe chez nous, en France, et notamment dans les deux centres, principaux foyers actifs où s'élabore surtout le progrès et d'où rayonne l'enseignement de ces deux spécialités : je veux parler de l'hôpital Saint-Louis, à Paris et de l'hospice de l'Antiquaille, à Lyon. Quant aux autres hôpitaux de Paris : le Midi, Lourcine, les Enfants Assistés, ils mériteraient aussi une étude particulière, mais ce travail m'entraînerait trop loin; j'espère, du reste, revenir prochainement sur cette question et poursuivre le parallèle que, aujourd'hui, je me borne à tracer entre l'hôpital général de Vienne, Saint-Louis et l'Antiquaille. D'ailleurs, le système général des chefs de service étant le même pour tous les hôpitaux de Paris, mes remarques sur les conséquences qu'a ce système, relativement à l'enseignement, s'applique à tous les hôpitaux,

Si l'on ne tient compte que du nombre des malades atteints d'affections de la peau, il est certain que l'hôpital Saint-Louis l'emporte de beaucoup sur l'*allgemeine Krankenhaus* et que pour le médecin qui ne veut que *voir des cas*, c'est à Paris qu'il en trouvera le plus, notamment à la consultation gratuite. Toutefois, cette supériorité numérique, cette affluence considérable de malades (si avantageuse pour celui qui a déjà appris à *regarder*) n'est-elle pas plutôt un inconvénient? N'y a-t-il pas là un véritable état pléthorique plus nuisible qu'utile à l'initiation pratique des étudiants?

On ne saurait, en effet, si l'on n'en a pas été le témoin, se faire une idée de l'abondance énorme des malades à ces consultations. Commencée souvent à 8 heures et demie du matin, la *visite* est à peine terminée à 11 heures et demie. Le nombre des malades atteint souvent 300. Comment serait-il possible de les examiner tous avec le soin nécessaire, de dire quelques mots sur les plus intéressants d'entre eux. Les cas les plus graves, les plus dignes d'attention sont, il est vrai, admis dans les salles. Mais, en somme, le chef de service sort de sa consultation tout à fait harassé; et, comme tous les médecins de Saint-Louis la font avec le scrupule le plus consciencieux, il en résulte une dépense de force intellectuelle vraiment extraordinaire. Et cependant, en dépit de tout ce labeur, combien de faits, et des plus notables, sont perdus pour l'instruction des élèves! Quarante à cinquante malades que le professeur pourrait montrer aux assistants, en appelant leur attention sur les particularités présentées par chaque cas, deviendraient, ainsi examinés, analysés, le plus utile complément de l'enseignement théorique fait par chaque chef de service. A Lyon, les consultations gratuites de l'Antiquaille jouissant de la même faveur du public, prêtent aux mêmes remarques. Nous les connaissons pour y avoir, durant notre internat, pris une part active, et nous pourrions dire jusqu'à quelle heure de l'après-midi était repoussé le déjeûner, ces jours néfastes pour notre estomac.

Ne serait-il donc pas possible de combattre cette *congestion* qui neutralise

Digitized by Google

dans une certaine mesure le zèle et la bonne volonté des médecins de Saint-Louis.

En premier lieu ,il serait nécessaire d'avoir un local plus vaste, plus clair, plus aéré, afin que médecin, internes, externes, assistants et malades ne fûssent pas entassés les uns sur les autres. Le local est populaire, il rappelle des noms imposants, je l'accorde, mais dans l'espèce, il serait mieux, éclairé par de grandes croisées, qu'illustré par de grands souvenirs.

Mais ce que l'*allgemeine Krankenhaus* peu à bon droit envier à l'hôpital Saint-Louis, c'est son musée des moulages. A Vienne, rien n'existe sous ce rapport. Nous pouvons, au contraire, nous, montrer avec orgueil une collection unique au monde, dans laquelle sont reproduits d'une manière saisissante les cas de dermatoses et de syphilis les plus typiques ainsi que les plus remarquables. Il y a là un champ admirable, et aussi complet que possible, pour celui qui veut étudier à fond les maladies de la peau. Pour qu'il en soit ainsi, pour que cette richesse soit pleinement productive, il ne manque que deux choses :

1° Un catalogue raisonné de toutes les pièces ;

2° Une meilleure installation; car si l'on continue à suivre les mêmes errements, ici aussi l'engorgement menace de se produire, le jour n'est pas éloigné où le visiteur, l'étudiant, n'ayant pas de fil conducteur, errera pour ainsi dire à l'aventure tout autour de ces vitrines renfermant tant de matériaux d'un prix inestimable, et cela sans profit pour son instruction, et à chaque instant découragé par le nombre même des objets qui se disputent son attention. Aujourd'hui déjà on va au musée poussé plutôt par un sentiment de curiosité, qu'en vue de son instruction. Il en serait tout autrement avec une installation comprenant les très simples améliorations que j'indique.

A l'étranger, ce musée jouit d'une réputation justement méritée; il n'a nulle part de rival, ni d'équivalent. Il rend déjà de très grands services pour l'enseignement fait par le professeur de dermatologie et de syphiligraphie, et les autres chefs de service. Grâce à ces reproductions, ils peuvent faire passer sous les yeux des élèves tous les cas types d'analogie ou de *différence prochaine* avec celui dont ils parlent, et montrer, à tous ses degrés, l'évolution d'une maladie de la peau, d'une lésion vénérienne ou syphilitique.

L'Antiquaille possède également un fort beau musée qui fut fondé sous l'initiative, et dès l'origine abondamment approvisionné par Rollet. Il existe un album d'aquarelles très remarquables des cas intéressants observés dans cet hospice, et depuis lors, tous les successeurs de notre éminent confrère ont de toutes leurs forces contribué à enrichir cette collection. Elle nous est surtout précieuse en ce qu'elle rappelle, comme par des images sensibles, le point de départ et l'évolution successive des idées, grâce auxquelles l'étiologie, la différenciation, la pathologie des diverses maladies vénéréo-syphilitiques, a été enfin fondée sur des bases aussi solides rationnellement que pratiquement.

De plus, M. le professeur Gailleton, en installant la clinique officielle de de l'Antiquaille, a acheté une partie des moulages du musée de Saint-Louis, aussi tous les matériaux d'un enseignement clinique complet, sont-ils aujourd'hui à la disposition des professeurs titulaire ou libres, et, comme nous le verrons bientôt, très largement mis à profit pour l'instruction des élèves.

Un dernier point, le plus important me reste à exposer. Mais prenons les choses d'aussi loin qu'elles méritent d'être examinées.

Un jeune homme a la vocation de se consacrer à la pratique, à l'enseigne-

Digitized by Google

ment de la dermatologie et de la syphiligraphie. Quel est, en France, l'avenir qui lui est ouvert? Voyons ce qui se passe à Paris, pour les maladies de la peau. Une fois reçu interne, car c'est là l'*initium scientiæ*, notre futur dermatologiste pourra passer un an à l'hôpital Saint-Louis, où, du reste il lui aura été assez facile de faire son année d'externat. Dans ces conditions, il se présentera au concours pour le *clinicat* des maladies cutanées et syphilitiques, place dont la création ne remonte, je crois, qu'à deux ans.

Il n'y a, d'ailleurs, ceci dit en passant (que ne puis-je ajouter, dit *entre nous*), pas très longtemps que la chaire de dermatologie et de syphiligraphie existe en France et seulement à Paris et à Lyon, alors que depuis longues années celle occupée par Hebra avait été à Vienne fondée par lui et pour lui.

Cette création, au dire de quelques bouches officielles paraissait superflue, puisque d'abord la dermatologie était enseignée dans ce même hôpital par des chefs de service, professeurs libres, au renom et à l'autorité desquels un titre universitaire n'eût assurément rien ajouté; et que, d'autre part, la parole brillante et spirituelle de Ricord avait attiré autour de lui un auditoire, que plus d'un cours officiel aurait pu lui envier.

Ce sont là vérités admises par tous. Mais ce qu'il importait, c'est qu'il y eut dans la Faculté un représentant attitré de ces deux spécialités, comme il importe encore, selon nous, de frayer une voie aussi large, aussi attractive que possible à ceux qui, dans l'avenir, se voueront par goût à l'étude de ces deux branches de plus en plus appréciées de la médecine.

En effet, à côté des brillants mais éphémères succès d'un cours public, non obligé, non obligatoire, nous tenons compte des nécessités de l'instruction pratique. Comment faire figurer dans les questions posées aux examens, la dermatologie et la syphiligraphie, si ces spécialités, devenues aujourd'hui des sciences, ne sont pas comprises parmi les cours professés à la Faculté. Les leçons libres faites par les médecins des hôpitaux n'étant pas scolairement considérées comme complémentaires des cours officiels?

Mais revenons à notre chef de clinique, car y revenir, c'est revenir aux élèves. Le voici installé, pour deux années, dans sa nouvelle position où il aura toutes facilités pour se familiariser avec les deux spécialités de son choix. Une fois ce court laps de temps écoulé, que va-t-il devenir, que peut-il espérer? Faire des cours à l'École pratique? Mais que sont sans malades des leçons sur la dermatologie? Demandez-le à tant de jeunes gens qui s'initient à cette science uniquement en *venant voir* à la fameuse consultation de Saint-Louis.

Malgré tout le talent du jeune professeur, ces leçons n'offriront jamais qu'un intérêt médiocre, puisque en fait de dermatoses, il ne suffit pas d'entendre, il faut absolument *voir*, *voir souvent et beaucoup*.

Mais notre ex-chef de clinique, je le veux croire, est plus avisé et plus courageux aussi. Il se présente au bureau central; il est élu. Que va-t-il se passer? Après 15 ou 25 ans, plus ou moins, passés dans les autres hôpitaux dont le *roulement* l'aura obligé de parcourir la série, il pourra lui arriver de voir ses désirs se réaliser, sa bonne étoile le conduire enfin à l'hôpital Saint-Louis vers l'âge de 40 à 50 ans... et encore! Mais nouvel obstacle! A ce moment, encyclopédiste consommé, il lui faudra se livrer à de nouvelles études spéciales. Les sciences marchent vite à notre époque, ce n'est que par un labeur incessant, assidu, qu'il est possible de se tenir au courant, que, pour devenir maître, le vieil écolier devra se remettre sur les bancs. Combien osent et

Digitized by Google

combien savent recommencer et suffisamment poursuivre ce dur apprentissage !

On cite des victimes d'une autre espèce, et celles-là plus dignes d'intérêt! J'ai connu des médecins des hôpitaux dont toute l'ambition aurait été d'arriver à Saint-Louis. Des études antérieures pendant leur internat, sous des médecins de cet hôpital, dont la parole ardente et convaincue avait fait naître en eux une véritable passion pour la dermatologie, et cependant une fois reçus au bureau central, leur tour d'entrer est arrivé si tardivement que, une fois à même de le saisir, ils ont dû renoncer à l'objet de leur ambition. On a dit, il est vrai, que le *roulement*, qui a de bons côtés, j'en conviens, permet à tous d'arriver à tous les services. Il n'y a rien à opposer à cette vérité banale en ce qui concerne la chirurgie et la médecine générales; mais en fait de spécialités il n'en saurait être ainsi. Aujourd'hui surtout les études sont poussées si loin qu'il est impossible à un médecin encyclopédiste de *connaître* des branches spéciales de la médecine. La spécialité, à notre époque, est créée, et ce serait un grave inconvénient pour celui qu'on charge de l'enseigner que d'exiger de lui pour première condition de n'avoir étudié, lui, qu'accessoirement ce qu'il doit apprendre à autrui.

Qu'on nous permette à ce propos de reproduire ici ce que nous disions, mon savant ami, M. le Dr Ernest Besnier, et moi, dans notre préface de la traduction du *Traité des maladies de la peau* du professeur Kaposi :

« Lorsque la thérapeutique dermatologique était presque toute interne, lorsque l'histologie normale et pathologique n'étaient pas créées, lorsque les doctrines duraient au moins ce que dure une génération médicale, il n'était pas nécessaire de se distraire aussitôt, ni aussi complètement de la médecine générale pour s'approprier la science dermatologique et pour l'enseigner! Mais combien les choses ont changé depuis vingt ans ! Combien plus encore elles changeront avant que la dernière heure du siècle ait sonné!

« Avec notre organisation surannée, le médecin que le hasard (le hasard seul, qu'on veuille bien ne pas l'oublier) des mutations hospitalières amène à l'hôpital Saint-Louis, a déjà atteint sa quarantième année; souvent même il n'y parvient que beaucoup plus tard. »

Mais supposons ces obstacles levés ; supposons le tardif titulaire devenu spécialiste compétent ; professeur émérite. Plus son succès est grand et mérité, plus ce succès condamne le système sous lequel il a pu se produire. En effet, l'heure de la retraite sonnera au moment où cet homme serait le plus à même de faire profiter la science et les élèves d'une expérience chèrement acquise. Combien il en est autrement à l'hôpital général de Vienne où, comme nous le montrerons dans un instant, celui à qui il est donné de pratiquer et d'enseigner la dermatologie s'est, depuis de longues années, préparé à cette carrière, par la fréquentation exclusive des cours et des malades spéciaux.

Et puis nous ajoutions : « Durant ce stage nécessaire, le nouveau venu ne peut pas encore vivre de la pratique spéciale, et force lui est de continuer l'exercice de la médecine générale ; c'est-à-dire de ne consacrer à la dermatologie que les heures enlevées à son repos, ou à sa vie médicale propre. Hormis son dévouement à la science, ou l'intérêt particulier qu'il peut avoir à s'affirmer comme spécialiste, rien ne l'attache à la science proprement dite, ni à l'enseignement de la dermatologie. Quand il se jugera suffisamment instruit dans cette branche spéciale pour instruire les autres, on tolèrera qu'il enseigne, mais il n'a à espérer ni de l'Assistance publique ni de l'Uni-

Digitized by Google

versité aide ou soutien; il fera son enseignement (qui ignore aujourd'hui qu'un enseignement *réel* de la dermatologie réclame et entraîne des frais matériels?) à ses frais, à ses dépens. »

A ces inconséquences démontrées par une expérience journalière, à cette situation particulièrement difficile, faite comme à plaisir à tous ceux qui se destinent à la pratique et à l'enseignement de la dermatologie, il n'y a qu'un remède : institution d'un concours spécial pour les services de dermatologie et de syphiligraphie afin que, dès son admission au bureau central, il soit possible au jeune médecin de diriger de préférence son application vers l'étude des maladies pour lesquelles il se sent une véritable vocation.

Il se passe souvent plus de dix ans avant qu'une vacance se produise dans cet hôpital Saint-Louis. Je ne sais même si jamais un médecin arrivé une fois dans ce sanctuaire de la dermatologie, en est sorti avant l'heure fatale de la retraite. C'est le plus bel hommage du reste que l'on puisse rendre à l'étude de ces affections, étude ardue et difficile et qui par cela même est des plus captivantes.

Il n'est pas un des médecins ayant passé par cet hôpital qui n'ait laissé des traces plus ou moins durables de son séjour. Tous y font des leçons cliniques dont jamais le caractère absolument bénévole n'a altéré la parfaite régularité. Tous y rivalisent de zèle et d'ardeur pour faciliter aux étudiants la connaissance approfondie de ces maladies. Et de tout temps *l'enseignement de Saint-Louis* a été un des plus solides et des plus féconds. C'est de là que sont datés les remarquables travaux d'Alibert, de Lugol, de Biett de Cazenave, de Devergie, de Bazin, de Hardy, et leurs successeurs suivent avec non moins d'éclat et de succès la voie ouverte par leurs illustres devanciers.

Si une dernière preuve était nécessaire pour démontrer la puissance d'attraction exercée par la dermatologie et la syphiligraphie, il nous suffirait d'ajouter que plusieurs fois d'anciens médecins de Saint-Louis ont, non point accepté, mais spontanément demandé à y revenir comme suppléants pendant les vacances.

Mais cet éloge que je n'ai pu retenir ne va-t-il pas compromettre la cause dont je me suis fait l'avocat? De tout ce qui précède ne pourrait-on pas déduire justement « que les concours spéciaux sont inutiles, en raison même de l'ardeur des médecins attachés à Saint-Louis et que les résultats obtenus sont assez satisfaisants pour justifier le mode actuel de recrutement des chefs de service? Sont-ce, ajouterait-on, des tard-venus, ceux qui ont porté si haut le renom de la dermatologie et de la syphiligraphie françaises? Ce n'est donc pas, conclura-t-on, une question de temps, c'est l'aptitude créatrice et le sens critique innés qui font la valeur des hommes, le mérite de leurs travaux, l'éclat de l'école. »

Mais répondrai-je, si au bout de peu d'années Cazenave, Devergie, Bazin, Hardy, ont signalé leur séjour aux hôpitaux spéciaux par d'impérissables découvertes, les résultats n'auraient-ils pas été plus avantageux encore comme ond et forme si ces mêmes hommes étaient entrés de meilleure heure à l'hôpital Saint-Louis ou au Midi, s'ils n'avaient pas dû consacrer les années de l'âge mur (si disputées par d'autres exigences) à l'initiation préalable laquelle est par contre si facile aux heures de la jeunesse? Car, qui l'ignore? dans l'étude de ces affections, plusieurs années sont nécessaires avant de pouvoir *se débrouiller* au milieu des exemples vagues, complexes, parfois contradictoires en apparence qui égarent le jugement et retardent même pour

Digitized by Google

le génie, l'avènement de la synthèse définitive qui vient illuminer toutes ces obscurités.

D'autre part, ne l'oublions pas, ce n'est que depuis peu de temps qu'on a créé à Paris et à Lyon une chaire de dermatologie et de syphiligraphie.

A Paris tout désignait au choix des professeurs de la Faculté, le savant agrégé, si bien doué sous tous les rapports. Dès son internat à l'hôpital du Midi, M. A. Fournier s'était *consacré* avec un succès scientifique du meilleur aloi à l'étude des maladies vénériennes et syphilitiques. Par sa nature et son mode de progression, l'œuvre de notre éminent confrère est la plus éclatante démonstration de la justesse de ma thèse, puisque le début du jeune spécialiste avait été marqué par une production magistrale, et suivie, après quelques années passées à Lourcine, d'un Traité *ex-professo* qui manquait à la science : la syphilis chez la femme et d'autres travaux non moins remarquables sur la syphilis cérébrale, etc. Nourri *dans le sérail* et y ayant de bonne heure fait ses preuves de clairvoyance, assurément, quoique Français, nul plus que celui-là ne prouve en faveur du système d'instruction de l'école de Vienne.

Mais plus le savoir et l'autorité de l'homme chargé de cet enseignement sont hors de conteste, plus il importe, à un moment donné, de lui trouver un auxiliaire, un suppléant au besoin. En effet quel serait dans ce cas, son remplaçant momentané ? Naturellement l'agrégé dont le tour serait venu d'entrer en fonctions. Or, est-il impossible, n'y a-t-il pas, au contraire, toute probabilité de croire que cet agrégé, à l'instruction faite et parfaite au point de vue de la médecine générale, n'eut jamais fréquenté précédemment une salle de vénériens ou d'herpétiques? Si, comme tout docteur, il peut soigner un dartreux, un vénérien, le croit-on bien préparé à enseigner la dermatologie et la syphiligraphie ? Et ne pourrait-on pas prévoir l'inévitable désertion du cours officiel de la Faculté pour les cliniques libres de l'hôpital Saint-Louis et du Midi, cliniques faites, je l'accorde avec beaucoup moins d'éléments matériels assurés, mais professées par des hommes depuis si longtemps rompus à toutes les difficultés qu'offrent ces maladies à diagnostic parfois inextricable.

Un seul moyen, je l'ai dit, peut parer à ces lacunes aussi évidentes que préjudiciables : introduire dans les concours pour l'agrégation une section de dermatologie et de syphiligraphie, de façon à ce qu'il y ait toujours un agrégé en exercice pour remplir au besoin les suppléances. Ou, tout au moins, en attendant, exiger que dans les concours de cet ordre, il y ait, de fondation, une question de dermatologie et de syphiligraphie.

(A suivre).

LE GÉRANT : G. MASSON

Société d'imprimerie PAUL DUPONT. Paris, 41, rue J.-J.-Rousseau. (Cl.) 65.4.83.

Digitized by Google

TRAVAUX ORIGINAUX

MÉMOIRES

I

DES GOMMES SCROFULEUSES (1)

Par Ernest BESNIER, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

I

On rencontre communément, au cours de la scrofule avancée ou grave, dans ce que nous avons appelé la scrofulo-tuberculose, des lésions du type de la gomme, qui présentent, par exemple, avec les gommes syphilitiques, des analogies à ce point étroites que, dans un grand nombre de cas, le diagnostic différentiel *direct* des unes et des autres est irréalisable. Cependant, ces analogies sont restées méconnues jusqu'à présent, et il faut chercher l'histoire des gommes scrofuleuses dans les affections décrites sous les noms les plus divers : *phymata*, apostèmes froids, écrouelles, abcès froids, scrofules malignes adipeuses, tubercules celluleux, intumescences graisseuses, abcès scrofuleux, abcès lymphatiques, abcès dermiques, tubercules sous-cutanés scrofuleux, écrouelles cellulaires, scrofulides phlegmoneuses, ulcéreuses, exostoses et périostoses strumeuses, etc., etc.

Quelquefois entrevue par les observateurs anciens ou modernes, la vérité n'a jamais pu se faire jour complètement; toujours l'esprit de système, les doctrines préconçues, l'idée placée avant l'observation des faits, se sont opposés au progrès, et ont amené cette confusion de choses et de mots qui constitue, aujourd'hui, la pathologie de la scrofule.

Pour les scrofulographes anciens, la préoccupation dominante était de rattacher la maladie, dans toutes ses manifestations, au système ganglionnaire; pour les modernes, l'idée presque invariable est de distinguer à tout prix les lésions de la scrofule des manifestations de la syphi-

(1) Fragment d'un travail plus étendu (Article GOMMES EN GÉNÉRAL. — GOMMES SCROFULEUSES), qui paraîtra prochainement dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

Digitized by Google

lis et de la tuberculose; chez les uns comme chez les autres, même inconscience de l'imperfection de leurs moyens d'étude et des bases de leur jugement.

ALIBERT (1), un des premiers, parmi les auteurs modernes, est certainement frappé des caractères propres des gommes scrofuleuses; il les décrit manifestement sous les noms de *tubercules celluleux*, *d'intumescences graisseuses* (*scrophules adipeuses* de LALOUETTE) (2); on croit en lisant ses descriptions, qu'il va arriver à quelque conclusion précise, mais là, comme en maints autres points de la Monographie des Dermatoses, l'auteur se dérobe au moment le plus important sous les fleurs de rhétorique accumulées au cours de l'exposition du sujet.

C'est une déception d'ordre différent, mais non moins grande que l'on éprouve en terminant la lecture de l'article plus remarquable que remarqué de GUERSANT (3), qui avait cependant réuni presque tous les éléments du problème à résoudre : Ce que nous appelons gommes scrofuleuses, il le décrit sous le nom d'abcès scrofuleux; il connaît très bien le rapport que certains abcès dermiques offrent avec quelques variétés de lupus; il sait leurs trois localisations superficielles principales qui sont le derme, le tissu cellulaire sous-cutané, et les muscles; il décrit, avec soin, les ulcères qui leur succèdent et insiste sur leur caractère serpigineux. Portant ses regards sur la pathologie des animaux, il rappelle l'analogie, dès longtemps signalée, qui existe entre les abcès scrofuleux du tissu cellulaire et les « boutons » du farcin chronique (scrofule farcineuse de SAUVAGES). L'analogie étroite qui existe entre les abcès scrofuleux et les gommes syphilitiques ne lui a pas échappé et il la signale explicitement. Ce n'est pas tout : GUERSANT discute la question du rapport à établir entre les abcès scrofuleux et la tuberculose; il déclare que le terme d'abcès scrofuleux est impropre pour désigner « ces singuliers abcès qui ne sont ni essentiellement froids, ni farcineux, ni syphilitiques, bien qu'ils s'en rapprochent à beaucoup d'égards ». Mais il conclut, de la manière la plus inattendue après son argumentation, à la conservation du terme, pour ne pas créer un mot nouveau !

LEBERT (4) étudie de la manière la plus approfondie les lésions de la scrofule et les altérations de la tuberculose, mais il est tout entier à son darallèle; une idée préconçue l'absorbe : il veut trouver, avant tout, les caractères distinctifs, anatomiques, des deux ordres morbides qu'il examine. L'analogie qui lie le processus scrofuleux au processus tubercu-

(1) *Monographie des dermatoses*, 2e édition, in-4°. Paris, 1835, et œuvres antérieures.
(2) *Traité des Scrophules*, etc. Paris, 1780, p. 22.
(3) Article SCROFULE du *Dictionnaire de médecine*. Paris, 1844.
(4) *Traité pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses*. Paris, 1849.

Digitized by Google

leux éclate à ses yeux, mais il ne veut pas la voir parce qu'il ne trouve pas (par suite d'insuffisance des procédés techniques dont il dispose) de lésions anatomiques propres. Dans son ouvrage, d'une lecture difficile, mais d'une grande importance en raison de la somme considérable de matériaux qui y sont accumulés, ce savant regrettable décrit minutieusement, sous le nom d'abcès froids ou d'abcès scrofuleux, les gommes scrofuleuses, sans prononcer une fois le mot de gomme, et sans jamais paraître entrevoir, d'autre part, l'analogie qui existe entre les tumeurs qu'il décrit et les gommes syphilitiques. On ne peut se rendre compte de cette imperfection de vues autrement qu'en supposant que LEBERT avait moins étudié la syphilis que la scrofule, et surtout en se rappelant qu'à l'époque où il réunissait ses matériaux (de 1840 à 1849), le terme de gomme était presque complètement tombé en désuétude, et, en tous cas, beaucoup moins usité qu'il ne l'est actuellement (1).

C'est encore, l'idée préconçue, la volonté d'édifier de toutes pièces, et sans délai une doctrine complète, qui ont empêché l'illustre BAZIN (2), le plus éminent des dermatologistes français, de donner toute la vérité, bien qu'il en ait, en réalité, utilisant les données fournies par les auteurs précédents, fourni tous les éléments. Sous le nom d'*écrouelles cellulaires*, il décrit les gommes scrofuleuses d'une manière magistrale; observateur consommé, il saisit merveilleusement le flagrant délit de leur connexion avec la tuberculose, que LUGOL (3) avait d'ailleurs explicitement indiqué; il n'a garde de les confondre avec de simples abcès, et il signale à quel point elles sont analogues aux gommes syphilitiques. Il n'y a plus que la conclusion à tirer; elle découle spontanée, légitime, évidente pour tous, et nous verrons tout à l'heure un des auditeurs de ses leçons la formuler comme émanant de lui; mais la vérité est qu'il n'a pas mené la déduction jusqu'à la fin; pour la doctrine, il fallait que le *tubercule* demeurât propre à la scrofule, et la *gomme* à la syphilis.

Dans sa vingtième *Leçon sur la pathologie des tumeurs*, leçon admirable à l'égal de toutes celles de ce maître éminent entre tous, VIRCHOW (4), après avoir déclaré que la tumeur gommeuse est une production qu'il a toujours regardée, jusqu'à présent du moins, comme résultant nécessairement d'une syphilis constitutionnelle, fait observer, de suite, qu'il y a cependant un certain arbitraire à décrire toutes ces tumeurs comme syphilitiques et qu'il est permis de penser que d'autres conditions peuvent

(1) Voy. l'article GOMMES, du *Dictionnaire encyclopédique*, où nous avons exposé l'histoire de ces altérations avec les détails nécessaires.

(2) *Leçons théoriques et pratiques sur la scrofule*, etc. 2e édition. Paris, 1861.

(3) *Recherches et observations sur les causes des maladies scrofuleuses*. Paris 1844.

(4) *Pathologie des tumeurs*. Trad. franç., par ARONSSOHN. Paris, 1867, t. I, 3e leçon, et t. II, 20e leçon.

Digitized by Google

aussi faire naître une forme analogue ; mais il n'a pas poursuivi cette idée à l'occasion des *phymata*.

— Enfin, l'analogie manifeste qui existe entre les « abcès froids scrofuleux » et les gommes syphilitiques ne pouvait pas échapper aux syphiliographes contemporains, pour qui le terme de gomme est redevenu ce qu'il était à l'origine des premiers travaux sur le mal français. Mais les divers auteurs se sont bornés à accentuer plus ou moins fortement la légende classique du diagnostic différentiel des deux ordres de lésions, sans s'arrêter aux analogies évidentes, pas plus qu'aux difficultés réelles de la question clinique que cette étude soulève.

Bazin, nous l'avons dit tout à l'heure, n'avait pas dans ses écrits tiré la conclusion légitime de ses observations si précises, mais il ne manquait pas de signaler dans ses leçons orales et dans ses entretiens cliniques familiers, la ressemblance qui existe entre les écrouelles cellulaires et les gommes syphilitiques, ainsi que l'avait fait Guersant père. Un de de ses auditeurs de 1863, Armand Desprès, faisant la déduction que Bazin avait réservée, jugea manifeste que si la chose était identique, le même terme devait être employé, et il nous a bien voulu déclarer que, depuis qu'il avait recueilli les enseignements de ce maître, le terme de *gomme scrofuleuse* existait dans son esprit. C'est en 1868 qu'il a, pour la première fois, écrit ce mot (1) : « Les abcès froids sont une phase des *gommes scrofuleuses* ou syphilitiques, ramollies. »

En 1873, le même auteur écrit : « Il y a des gommes du voile du palais qui ne sont pas de la syphilis et qu'il ne faut pas confondre avec elle. Les glandules du voile du palais qui suppurent chez les tuberculeux, les scrofuleux même, offrent les mêmes caractères que la gomme syphilitique du voile du palais ; ce fait est depuis longtemps démontré (2). » Enfin, en 1874, A. Desprès se sert couramment du terme de *gomme scrofuleuse* (3).

C'est donc à Armand Desprès qu'il faut rapporter le premier emploi du terme de *gomme scrofuleuse* ; l'idée était formulée, le mot était trouvé et écrit. Cependant la chose avait passé assez inaperçue pour que, vers la même époque, Emile Vidal, et moi-même, ayons cru créer le terme, tant était manifeste, pour ceux qui observaient en même temps la syphilis et la scrofule sur le vaste théâtre de l'hôpital Saint-Louis, l'analogie existant entre les écrouelles cellulaires et les gommes syphilitiques, et dès l'année 1873, Emile Vidal avait fait déposer dans le musée de l'hôpita

(1, 2, 3) Foucher et Desprès, *Traité de diagnostic chirurgical*. Paris, 1868, p. 65. — *Traité théorique et pratique de la syphilis*, ou *infection purulente syphilitique*. Paris, 1873, p. 294, note 1. — *De la pyohémie chronique* (infection purulente chronique). *De la nature des accidents tertiaires de la variole, du choléra, du scorbut*, etc., *in Arch. gén. de méd.*, sept. 1874, 6e série, t. XXIV, p. 257.

Digitized by Google

Saint-Louis une pièce étiquetée *gomme scrofuleuse*. Mais si je laisse volontiers à ARMAND DESPRÉS la priorité du mot, je réclame pour moi-même la part la plus active dans la démonstration et dans la vulgarisation de ce qui concerne les gommes scrofuleuses, car je n'ai cessé, chaque année, de consacrer plusieurs leçons cliniques à ce sujet (1) ; et ce dont je m'applaudis surtout c'est d'avoir pu fournir à mes élèves distingués et très affectionnés BRISSAUD et JOSIAS les matériaux de travail à l'aide desquels ils ont institué leur belle étude sur les *gommes scrofuleuses*, et constitué sur des bases solides leur histoire histologique, complément et couronnement de l'étude clinique.

II.

Nature et caractères anatomiques des gommes scrofuleuses.

Envisagées dans leurs caractères anatomiques simples, communs, les gommes scrofuleuses correspondent au type gommeux de la manière la plus nette. Sur une section, elles se présentent sous des aspects déterminés par leur siège anatomique et topographique; mais toujours à la partie centrale, on trouve les traces de la régression, l'état caséeux quand la gomme n'a pas encore subi la fonte complète, et même avant que les lésions phlegmasiques périphériques n'aient enkysté les nodules; c'est cette régression centrale rapide, qui donne souvent cette fausse apparence de fluctuation ou qui, au moins, trompe sur la quantité des parties liquéfiées. Quand l'ouverture de la gomme, spontanée ou chirurgicale, a été précoce, on reconnaît par l'orifice de communication avec l'extérieur l'existence de fongosités, de bourgeons charnus, d'un véritable fongus adhérent par la base, mais en partie séparé des bords du tégument décollé, dépourvu de sensibilité, et qu'on peut traverser avec une aiguille sans produire de douleur jusqu'à la limite des tissus sains ; cela surtout pour les gommes émergentes émanées du périoste, des aponévroses d'insertion, des gaines tendineuses. Dans les gommes émergentes, l'altération du derme proprement dit est relativement peu considérable, alors même que l'ouverture reste ulcéreuse; c'est dans les parties profondes, et alors que la gomme naît au voisinage du périoste que des lésions secondaires graves peuvent se produire surtout dans les plans osseux voisins. Lorsque la peau est véritablement atteinte sur une grande surface, lorsque se produisent ces vastes ulcérations désignées sous le nom trop vague de scro-

(1) Voy. *Thèse de* VOGUET, p. 10 et suiv. Paris, 1876. Contribution à l'étude de la dactylite strumeuse infantile. — BRISSAUD et JOSIAS, *Des gommes scrofuleuses et de leur nature tuberculeuse* (*Revue mensuelle*). Paris, 1879. — BRISSAUD, article SCROFULE du *Nouv. Dict. de méd. et de chir. pratiques*. Paris, 1882.

Digitized by Google

fulides ulcéreuses, c'est à une véritable infiltration gommeuse du tissu cutané que l'on a affaire, et non pas seulement aux lésions inflammatoires produites par le voisinage de la tumeur gommeuse des ganglions ou des couches profondes.

Histologiquement, les gommes scrofuleuses appartiennent à l'ordre des tumeurs tuberculeuses ainsi que nous allons le montrer tout à l'heure, et ainsi que cela se trouve, en fait, depuis bien longtemps déjà exposé en termes précis à l'aide des seules ressources de l'examen à l'œil nu. Voici ce que nous trouvons écrit sur ce sujet en 1816, par J. DELPECH (1):

« On a confondu, dit-il, sous les dénominations INEXACTES d'*abcès froids*, de *dépôts*, d'*ulcérations*, de glandes suppurées, de suppurations symptomatiques des caries, etc., les phénomènes des tubercules scrofuleux; les traits propres à cette espèce de lésion organique n'ont même été décrits qu'à l'occasion de l'espèce correspondante de phthisie pulmonaire, qui, pour cette raison, porte le nom de phthisie tuberculeuse; encore même les écrivains n'ont-ils décrit que les phénomènes extérieurs, faute de les avoir étudiés de plus près dans des exemples plus commodes et *tout à fait identiques*. Dans *le tissu de la peau*, dans celui des organes qui en tiennent lieu, et qui présentent, comme elle, une surface libre, dans le tissu cellulaire sous-cutané ou intermusculaire, dans le tissu des muscles, des tendons, des ligaments, des vaisseaux, des nerfs, des viscères, des os eux-mêmes, on voit se former spontanément, le plus souvent du moins sans provocation connue, un ou plusieurs grains sphériques, etc... Lorsque les tubercules sont parvenus à un certain volume, leur substance devient opaque, blanche ou jaune, moins consistante, floconneuse et mêlée de sérosité...

« ... La fonte du tubercule excite l'inflammation et l'inflammation aide la fonte du tubercule... » (le lecteur voudra bien remarquer que cette proposition est, textuellement, celle qui ressort des plus récents travaux sur la matière) (2). Non seulement, continue DELPECH, la fonte d'un tubercule entraîne l'inflammation et la suppuration des parties qui l'environnent immédiatement, mais encore l'inflammation qu'il détermine et qu'il peut entretenir longtemps donne lieu fréquemment à l'ulcération du tissu. C'est en ne considérant que les tubercules des viscères intérieurs, à l'égard desquels il est toujours difficile de faire des observations exactes, que l'on a douté s'ils étaient le résultat de l'action seule et clandestine d'une diathèse, ou celui d'une inflammation chronique... On n'a pas pris garde qu'un grand nombre d'intumescences sous-cutanées qui se sont déve-

(1) *Précis élémentaire des maladies réputées chirurgicales*. Paris, 1816, t. II, art. 2, *Des tubercules scrophuleux*.

(2) Voy. KIENER. *Société méd. des hôpitaux*, janvier 1883. — HANOT, *Thèse d'agrégation*, 1883, etc.

Digitized by Google

loppées successivement, et *sans le moindre phénomène inflammatoire*, contiennent déjà des tubercules quelquefois fort avancés... »

Voici maintenant des recherches histologiques précises, sur lesquelles nous nous appuyons pour établir anatomiquement ce que la clinique démontre surabondamment, à savoir la nature tuberculeuse des gommes scrofuleuses. Assurément, ces recherches sont incomplètes, rudimentaires, insuffisantes ; d'autre part, elles sont déjà, bien que récentes, en arrière, puisqu'elles ne pouvaient tenir compte de l'existence ou de l'absence des *bacilles*, qu'il faudra rechercher dans les études ultérieures.

Ce sont simplement les premiers linéaments de l'histoire anatomique de ces gommes que nous produisons, une sorte de garantie provisoire attachée aux propositions que nous émettons.

1° *Gommes scrofuleuses dermiques.* — Quand on examine les fragments excisés du bord des ulcérations gommeuses du derme, on trouve, surtout dans les points qui correspondent au centre, des *altérations atrophiques :* le chorion est réduit en grande partie à ses fibres élastiques, aux vaisseaux, aux glandes sudoripares et aux follicules pileux, avec *rétraction* et *renversement* en dedans du bord libre de l'ulcération, résultant du fait même de cette ulcération (prédominance des fibres élastiques). Au delà de cette zone, on commence à rencontrer des altérations plus caractéristiques, ainsi décrites dans une note de F. Balzer, aujourd'hui mon collègue, et qui m'a prêté pendant longtemps, dans mon laboratoire clinique, le concours de son talent si apprécié. Au delà des points indiqués tout à l'heure, « les lésions sont caractérisées par une prolifération très abondante de cellules embryonnaires qui forment une couche très épaisse et viennent se mettre en contact immédiat avec l'épiderme ancien ou nouveau, formant une couche qui représente environ la moitié de l'épaisseur de la coupe totale. En quelques points, cette prolifération embryonnaire se circonscrit autour des vaisseaux, de façon à former des nodules plus ou moins réguliers ; on aperçoit, en outre, des vaisseaux oblitérés, et, à la périphérie des nodules, des *cellules géantes*. En un mot, on se trouve là vraisemblablement en présence de lésions tuberculeuses, bien qu'on ne saisisse nulle part de dégénérescence caséeuse ; les cellules embryonnaires sont partout arrondies, de petites dimensions, et ont l'aspect d'éléments de récente formation ».

2° *Gommes scrofuleuses hypodermiques.* — L'étude histologique des gommes scrofuleuses sous-cutanées a surtout fait un grand pas avec les observations histologiques de Brissaud sur des tumeurs enlevées chez le vivant, ou recueillies sur le cadavre, chez deux malades de ma division que j'avais présentés comme des types de ce que l'on doit comprendre sous la dénomination de gommes scrofuleuses. On va retrouver dans les observations de Brissaud (*loc. cit.*) les éléments décrits par

Digitized by Google

F. Balzer sur les fragments excisés de la paroi des ulcères consécutifs à l'ouverture de gommes scrofuleuses dermiques. Sur les tumeurs les plus récentes et non encore enkystées, il lui a été possible de constater dans la partie périphérique non encore caséifiée les caractères les plus nets de la prolifération tuberculeuse. « Le foyer caséeux était environné d'une zone inflammatoire très manifeste, se traduisant par une condensation épaisse d'éléments embryonnaires envoyant des traînées plus ou moins nombreuses dans les interstices du tissu conjonctif avoisinant. Au sein de ces masses nucléaires, les vaisseaux sanguins étaient oblitérés, et on pouvait y reconnaître la présence de nombreuses cellules géantes dispersées au milieu de petits amas de cellules épithélioïdes ». Puis, continuant la démonstration de l'existence du follicule tuberculeux dans son mode de disposition constant, Brissaud ajoute : « En pratiquant des coupes, non pas au sein de la tumeur elle-même, mais vers ses parties périphériques, nous avons surpris à son début, le développement du follicule tuberculeux. Dans le tissu conjonctif sous-jacent au derme, les traînées embryonnaires dont nous avons parlé aboutissaient par places à des centres de formation tuberculeuse, nettement déterminés par la présence de quelques tubercules essentiels, tels que Schuppel et Koster en ont donné la définition. Comme dans tous les produits d'inflammation chronique, ces petits follicules étaient enclavés au sein du tissu fibreux dont le foyer principal avait déterminé l'apparition. Nous avons par conséquent retrouvé ici la même disposition que dans la sclérose pulmonaire au pourtour des anciens foyers de tuberculose désignés par Cruveilhier sous le nom de tubercules de guérison ».

Le peu que nous venons de dire suffit à remplir notre but, à savoir la démonstration de la spécificité anatomique des gommes scrufuleuses, dans lesquelles quelques auteurs persistent, contre toute évidence, à voir seulement des foyers inflammatoires. Que l'histologie n'ait pas toujours jusqu'ici découvert les éléments de la spécificité anatomique dans toutes les lésions cliniquement spécifiques, cela importe peu, et prouve seulement que l'histologie n'a pas dit, en toutes choses, son dernier mot; mais quand la spécificité clinique existe avec la spécificité histologique, on ne sait en vérité sur quoi se baserait une opinion opposante.

Il resterait à déterminer l'élément anatomique initial qui est le siège constant de l'ensemencement scrofulotuberculeux, mais on sait que la prolifération scrofuleuse peut se faire soit dans le tissu vague autour d'un centre vasculaire quelconque, soit autour d'un centre différencié comme une glande sébacée, un follicule sudoripare ; il est même vraisemblable que cette dernière localisation n'est pas rare, mais, en raison de la difficulté particulière que présente l'histologie pathologique des glandes sudoripares, il n'est pas permis de se prononcer sur ce point ;

Digitized by Google

rien de précis surtout n'autorise la généralisation faite par Bazin qui, à une certaine époque, désignait les gommes syphilitiques sous-cutanées sous le nom d'*hydrosadénites syphilitiques*. Les mêmes observations et les mêmes remarques s'appliquent aux gommes scrofulo-tuberculeuses.

III.

Caractères cliniques des gommes scrofuleuses.

1° NOSOLOGIE.

Nous distinguons dans les gommes scrofuleuses de la périphérie, deux groupes principaux : les gommes *sus-aponévrotiques* et les gommes *sous-aponévrotiques*.

1er Groupe : Gommes scrofuleuses sus-aponévrotiques. — Les gommes sus-aponévrotiques ou *cutanées* comprennent deux variétés, celles qui ont pour siège le chorion, gommes dermiques proprement dites, et les gommes hypodermiques, c'est-à-dire celles qui émanent de la couche profonde de la peau que nous dénommons hypoderme, et qui s'étend depuis la face inférieure du chorion jusqu'au fascia superficiel. Cette zone, anatomiquement, physiologiquement et pathologiquement, appartient à la peau ; c'est sa troisième couche, et la dénomination de tissu cellulaire sous-cutané, ou de pannicule, sous laquelle elle est connue et décrite, n'indique pas suffisamment ce qu'elle est, en réalité. Il existe également des gommes scrofulo-tuberculeuses des *muqueuses* (cavité bucco-pharyngienne), mais leur étude est encore beaucoup plus rudimentaire que celle des lésions gommeuses de la périphérie générale, et nous nous bornons à les signaler ; toutefois leur existence doit être prise en considération dans les opérations diagnostiques des tumeurs des lèvres, de la langue, et de toute la cavité bucco-pharyngienne.

A. Gommes scrofuleuses dermiques.

Ces altérations correspondent aux *tubercules cutanés scrofuleux* de J. Delpech (1), de Rayer (2), qui les a admirablement décrits sous le rapport clinique, au premier mode des *écrouelles cellulaires* de Bazin (3);

(1) *Loc. cit.*
(2) *Traité théorique et pratique des maladies de la peau.* 2e édit., Paris, 1835.
(3) *Loc. cit.*

Digitized by Google

à la *scrofulide tuberculeuse inflammatoire* du même auteur, en partie à la *scrofulide phlegmoneuse* de HARDY (1), etc.; et, les ulcérations du lupus laissées momentanément de côté, à la presque totalité des *scrofulides* dites *malignes*, *ulcéreuses*, etc. A toutes ces affections ulcéreuses en effet, préside une cause unique, l'infiltration scrofulo-tuberculeuse du derme, suivie de la régression des éléments néoplasiques et de l'élimination des centres gommeux, quelle que soit leur disposition en nodules isolés, en groupes tuberculiformes, en nappes irrégulières diffuses, gyroïdes, etc. La forme clinique varie dans d'assez grandes proportions, comme dans toutes les affections tégumentaires sans exception; mais sa contemplation ne doit pas faire oublier le fond, la nature élémentaire de la lésion de tissu ; et le moment est venu de débarrasser la nomenclature dermatologique d'une série confuse et sans cesse croissante au gré de la fécondité des dermatographes, de dénominations génériques qui rendent l'étude de cette portion de la pathologie à ce point ardue aux médecins que, pour la majorité d'entre eux, toutes ces choses demeurent, leur vie durant, lettre à peu près morte.

Toutes les dermopathies vraiment *ulcéreuses* de la scrofule, de même que celles qui arrivent à régression sans ulcération mais non sans cicatrice, c'est-à-dire toutes les *scrofulides* qui méritent réellement cette dénomination spécifique au même titre que les syphilides vraies méritent la leur, toutes ces altérations doivent leur développement premier à l'infiltration scrofulo-tuberculeuse, exactement comme, dans la syphilis, cela a lieu par le néoplasme spécifique pour le chancre, les tubercules ou les gommes. Ce qui s'ulcère dans la scrofule du derme, ce n'est pas un tissu normal banalement inférieur en résistance organique, qui s'irrite et se nécrose, c'est un *infiltrat spécifique* qui, dans sa régression, entraîne l'atrophie des tissus qu'ils a envahis, sans préjudice des phénomènes communs de phlegmasie qu'il détermine d'une manière plus ou moins prononcée. En aucune façon, le processus scrofuleux n'est assimilable au procédé de destruction par nécrose, tel que celui que peuvent déterminer des lésions vasculaires mécaniques, ou certaines lésions nerveuses ; c'est un processus spécifique, actif, qui emprunte une partie de son mode aux processus simples que nous venons d'indiquer, mais qui n'en conserve pas moins toute son individualité pathogénique.

Quel que soit le sort histologique des altérations que nous décrivons, leur individualité est inattaquable, et les scrofulides vraies n'ont rien à craindre des révolutions de l'histologie, les scrofulides *vraies*, avons-

(1) *Leçons sur la scrofule et les scrofulides, rédigées et recueillies par le* Dr Jules LEFEUVRE.

Digitized by Google

nous dit, c'est-à-dire celles qui répondent aux caractères cliniques et histologiques que nous indiquerons tout à l'heure, et non pas cette série *artificielle* de lésions que BAZIN a eu le grand tort de décorer du nom de scrofulides contre toute évidence.

Aucune des « scrofulides bénignes » de cet auteur, à savoir : l'*engelure permanente*, l'*érythème induré*, certaines variétés de *couperose*, le « *strophulus* », le « *lichen* », l'*acné pustuleuse*, etc., ne mérite le nom de scrofulide. Il n'y a pas à contester que certaines de ces altérations du derme ou de ses dépendances soient fréquentes chez les scrofuleux en puissance, qu'elles ne se rencontrent souvent dans leur passé ou dans leur présent, mais elles n'ont aucune spécificité vraie, elles s'observent en dehors de la scrofule, et c'est un abus inacceptable de voir, chaque jour, déclarer scrofuleux des sujets à simple prédominance lymphatique qui ont présenté, ou qui présentent, l'une quelconque des lésions que BAZIN a rangées dans ce qu'il a appelé les scrofulides bénignes, ou les scrofulides exsudatives superficielles.

B. Gommes scrofuleuses hypodermiques.

Ces gommes correspondent aux *abcès froids* des anciens auteurs, aux *abcès scrofuleux*, aux *tubercules scrofuleux sous-cutanés* des modernes, au troisième mode des *écrouelles cellulaires* de BAZIN. Toutes ces dénominations anciennes sont à rejeter, comme consacrant une erreur de fait ou de droit, et perpétuant une confusion fâcheuse ; mais le terme d'écrouelle est particulièrement à délaisser.

C. Gommes scrofuleuses sous-aponévrotiques.

Elles comprennent les gommes des ganglions, des muscles, des tendons ou plutôt de la surface externe de leurs gaines, des aponévroses d'insertion, et celles qui naissent dans l'atmosphère du périoste, c'est-à-dire à sa surface ou dans son voisinage.

La plupart de ces gommes empruntent une importance particulière aux conditions anatomo-topographiques des points où elles se développent (voisinage des surfaces osseuses, compressions, brides, altérations secondaires, etc.); elles réclament souvent une intervention chirurgicale basée sur la localisation ; et la détermination clinique de cette localisation est fort délicate et essentielle.

Le *pronostic* des gommes scrofuleuses de tout ordre est grave, aussi bien à titre général qu'à titre local : A titre général, leur constatation témoigne de l'existence confirmée de la scrofule constitutionnelle, et de l'auto-inoculation spontanée ; il est vrai qu'il ne s'agit pas de tuber-

Digitized by Google

culose pure, mais de scrofulo-tuberculose, c'est-à-dire d'une tuberculose mixte, dont l'évolution est plus localisée, et infecte moins fatalement les viscères; mais on ne saurait oublier qu'il n'y a là qu'une question de degré, et que ce degré est souvent franchi. A titre local, la gravité dépend, non seulement de la forme plus ou moins bénigne ou maligne de la maladie, mais encore du siège anatomique des lésions qu'elle réalise, et des désordres liés à l'évolution des gommes de la scrofule, lesquelles ne peuvent pas être, comme les gommes de la syphilis, enrayées par une médication interne; toutefois, nous pensons que le pronostic des lésions locales de la scrofulo-tuberculose pourra être sensiblement atténué, toutes les fois où une médication destructive pourra être opposée de bonne heure, sur place, au processus spécifique.

2° NOSOGRAPHIE.

1er groupe. — GOMMES SCROFULEUSES SUS-APONÉVROTIQUES.

A. Caractères cliniques des gommes scrofuleuses dermiques.

Nées dans le chorion proprement dit, à différents étages vasculaires et sous divers modes primitifs, les gommes scrofuleuses dermiques présentent diverses variétés, mais procèdent toujours de même en réalité. Ce sont, au début, de petites infiltrations ou nodosités tuberculeuses correspondant à une tache rouge livide de la peau; indolentes mais non indolores et relativement aphlegmasiques. Plus ou moins rapidement, en quelques semaines ou en quelques mois, elles s'élèvent, s'étalent, s'étendent parfois en diverses directions, souvent selon une ligne à peu près droite, cheminent de la profondeur du derme vers sa superficie en se ramollissant sur un point ou sur plusieurs points à la fois, ou successivement, puis se perforent au centre du foyer de régression, constituant, dès ce moment, des cavités, des culs-de-sac à fond plus large que l'orifice, à voûte constituée par la plus grande partie du derme altéré (décollements, clapiers, trajets fistuleux, véritables *cavernes* dermiques).

Ces lésions sont bien décrites par plusieurs scrofulographes, mais jamais mises en saillie suffisante; c'est, en général, au milieu de détails surabondants sur la thérapeutique qu'on les trouve pour ainsi dire égarées. C'est dans ces conditions que Baudelocque, par exemple, écrit ce qui suit (1) : « Il est une autre affection de la peau qui offre quelque ressemblance avec l'esthiomène; je veux parler des ulcères qui succè-

(1) *Etudes sur les causes, la nature et le traitement de la maladie scrophuleuse.* Paris, 1834, p. 432.

Digitized by Google

dent quelquefois à l'ouverture de petits abcès développés *dans l'épaisseur même du derme*. Ils sont quelquefois disséminés en assez grand nombre sur les joues, sur le tronc, sur les membres. Les abcès se présentent sous la forme de petites *tumeurs fluctuantes*, d'un rouge violacé bien circonscrit. Au bout d'un temps *toujours long*, il se forme une ouverture qui donne issue au pus; les bords de cette ouverture s'agrandissent, et la majeure partie de la peau violacée qui formait la paroi externe de l'abcès se détruit. Des végétations s'élèvent de la paroi postérieure du derme qui a été, pour ainsi dire, *dédoublé*... » Les auteurs qui ont écrit après Baudelocque n'ont rien dit de plus, ni de plus exact.

Les produits éliminés au dehors par les ouvertures spontanées ou artificielles sont du sang, une sérosité louche jaunâtre, quelquefois filante, sanieuse, du pus ou des produits pyoïdes non encore suffisamment analysés. Tantôt, les orifices restent plus ou moins étroits, fistuleux, ou obturés par des concrétions croûteuses, lesquelles sont chassées elles-mêmes de temps à autre, par la pression du liquide qui s'accumule dans la caverne; puis, avec une assez grande lenteur, l'infiltration périphérique s'accroît et subit des phases semblables à celles que la portion centrale a déjà parcourues. Si plusieurs infiltrats sont voisins, se rencontrent dans leur cheminement ou se juxtaposent, les cavités communiquent par des trajets plus ou moins sinueux et donnent lieu à une agglomération de véritables clapiers. A cette période soit spontanément, soit surtout avec les soins appropriés, les surfaces décollées peuvent être (toujours imparfaitement) rétablies dans leur adhérence en conservant très longtemps leur couleur livide, et en donnant lieu à des cicatrices superficielles bordées de fragments de derme atrophié, épidermisés isolément et formant des sortes de festons irréguliers pédiculés ou sessiles, médiocrement vascularisés, et qui ne peuvent être réparées que par l'excision ou le raclage. Dans d'autres cas, le plus ordinairement faute de soins appropriés, mais quelquefois aussi sous l'action d'une destruction moléculaire plus rapide et plus complète, une partie ou la totalité des voûtes ou ponts dermiques disparaît, laissant à la place de la lésion primitive des *ulcérations* plus ou moins étendues, à fond bourgeonnant, blafard, saignantes, et se recouvrant incessamment et opiniâtrement de croûtes fines extraordinairement adhérentes et tenaces. Dans quelques cas exceptionnels, en même temps que se fait cette destruction rapide des portions du derme primitivement infiltrées, la production pathologique initiale progresse excentriquement et donne lieu à ces vastes ulcérations superficielles de forme irrégulière, qui appartiennent surtout à la scrofule cutanée *serpigineuse*, *maligne* ou *galopante*.

Plus rarement enfin, ces lésions prennent un caractère lentement mais

Digitized by Google

décidément serpigineux, envahissant en nappe tuberculo-gommeuse le dos de la main et de quelques doigts, par exemple; le derme et l'hypoderme infiltrés subissent alors une fonte caséeuse simultanée, constatable à l'œil nu, et l'on peut observer, comme nous l'avons fait, une scrofulo-tuberculose cutanée *mutilante* exactement comparable au cas de syphilis cutanée mutilante du même siège que nous avons observé également et démontré (1). Ces cas sont régulièrement interprétés d'une manière erronée, bien que les difficultés réelles de leur diagnostic ne soient pas au-dessus des ressources de l'analyse clinique méthodique.

Les gommes dermiques sont superficielles ou profondes, enchâssées alors dans le derme; isolées ou solitaires, agglomérées en groupes plus ou moins étendus, cohérentes ou confluentes; pisiformes, tuberculoïdes, nodulaires, ecthymatiformes; d'autre fois elles se développent en nappes plus ou moins étendues, fréquemment ovalaires, olivaires, cylindroïdes, linéaires, digitiformes. On peut les observer sur tous les points du corps, mais avec une prédilection particulière à la face, sur les parties latérales, le long de la branche montante ou du bord inférieur du maxillaire inférieur, dans les régions sous-maxillaires, sur la paroi du thorax, sur les membres, etc. Parfois, elles coexistent avec des gommes hypodermiques, sous-aponévrotiques, les gommes ganglionnaires particulièrement, et donnent lieu alors à des altérations complexes.

La durée de l'évolution des gommes dermiques est variable, tantôt très lente; lorsqu'elles émanent des étages profonds et qu'elles sont franchement nodulaires, elles peuvent rester assez longtemps presque stationnaires, et comme Rayer l'a si exactement noté, « la peau devenue rouge et violacée reste longtemps sans se perforer ». Ce point n'a pas été exactement précisé par Bazin, quand il a dit qu'en « peu de jours », l'induration était ramollie, et que la tumeur ne tardait pas à s'ouvrir; cela est vrai quelquefois, non toujours, et non le plus habituellement dans les gommes nodulaires dermiques profondes. Dans d'autres cas, au contraire, la marche est réellement assez rapide, c'est surtout dans les cas d'infiltration gommeuse diffuse du derme ou dans le cas de nodosités très superficielles; après une période de crudité plus ou moins courte, des phénomènes inflammatoires assez accentués accompagnent le ramollissement des couches superficielles; de véritables collections purulentes se forment, atteignent parfois de grandes dimensions en surface ou en longueur, puis se perforent par un ou plusieurs points, à la manière générale des gommes. Ces variétés correspondent surtout aux abcès dermiques des auteurs, à la scrofulide phlegmoneuse de Hardy. Leur carac-

(1) Voy. article Phagédénisme du *Dict. de méd. et chir. prat.*, par A. Fournier. Paris, 1879, p. 71.

Digitized by Google

tère propre réside dans l'étendue, les dimensions, la superficialité, l'irrégularité de forme des lésions, dans la rapidité de leur marche initiale, et dans l'apparence phlegmoneuse de leur évolution. Apparence en effet, plutôt que réalité, bien constatée par Bazin, qui a fait remarquer que les caractères inflammatoires proprement dits étaient renfermés dans des limites extrêmement modérées. « Le pus qui s'écoule de ces tumeurs, dit-il, est crémeux, jaunâtre, parfois séreux avec des caillots fibrineux ou des concrétions caséeuses, quelquefois sanieux et rougeâtre; jamais il ne présente les qualités du pus du phlegmon franchement inflammatoire ». Mais ce qui est propre à toutes les formes et à toutes les variétés, c'est la longue durée de la période d'élimination, de décollement, d'ulcération et de cicatrisation; c'est la zone livide qui entoure les collections ouvertes; c'est la cicatrice plus ou moins vicieuse qui leur succède, longtemps livide, vascularisée, jamais pigmentée à sa périphérie.

Les gommes scrofuleuses dermiques *diffuses* présentent des différences dans l'invasion, l'étendue et la marche, mais elles aboutissent aux mêmes conséquences; leur importance est plus grande en raison de la rapidité de leur évolution, de l'étendue des lésions qu'elles constituent, de la formation plus prompte de vastes décollements, et de grandes dénudations.

Les scrofulides gommeuses dermiques peuvent s'observer à tous les *âges*, chez l'enfant, chez l'adulte, et même chez le vieillard (presque exclusivement à la région cervicale chez ce dernier); mais l'âge essentiel de cette forme d'infiltration scrofulo-tuberculeuse est l'adolescence, comme pour les gommes ganglionnaires. Cela est moins accentué pour d'autres localisations, et particulièrement pour les gommes hypodermiques et péripériostiques qui s'observent dès la première enfance et dans le cours de la seconde. On les observe en toute *saison;* cependant, la fin de l'hiver et l'automne sont les époques où paraissent se produire surtout les *poussées* scrofulo-tuberculeuses, et les *récidives* d'activité dans les foyers éteints, ou à leur voisinage, que les malades présentent parfois une ou deux fois l'an, avec une certaine régularité.

A l'aide des caractères que nous avons indiqués, et en tenant compte de la localisation des lésions, des conditions d'âge, d'état général, etc., du sujet, le *diagnostic* des gommes cutanées du chorion, des gommes dermiques présente peu de difficulté, dans les cas simples, communs. Durant la période de crudité, la confusion ne pourrait guère être faite qu'avec les gommes syphilitiques nodulaires isolées ou agglomérées; à la période d'ulcération, la différenciation devient beaucoup plus aisée; les syphilodermes ulcérés n'ont guère ni la superficialité, ni l'irrégularité de contours des ulcérations scrofuleuses; à leur périphérie, la peau est coupée sur toute, ou sur presque toute, la surface du néoplasme, sou-

Digitized by Google

vent comme à l'emporte-pièce, et elle présente un bord pigmenté, non livide. Quand plusieurs foyers gommeux voisins communiquent dès le commencement de l'ulcération des nodules syphilitiques, il peut y avoir décollement des bords, comme dans les scrofulides, mais non ces décollements tout à fait caractéristiques que nous avons indiqués, etc., etc. Toutefois, à toutes les périodes, on peut rencontrer des cas douteux qui réclament l'épreuve thérapeutique.

Lorsque, ce qui est loin d'être rare, les gommes dermiques évoluent en un point du tégument qui recouvre des ganglions tuméfiés, il est assez difficile de distinguer si l'infiltrat dermique qui souvent adhère, par sa face profonde, à la glande tuméfiée, ou paraît lui être adhérent, est primitif ou secondaire. Même difficulté lorsque la dermite gommeuse se produit sur une portion du tégument très voisine d'un plan osseux ou aponévrotique, comme à la fourchette sternale, aux extrémités claviculaires, à l'acromion, aux insertions inférieures du sterno-mastoïdien, au voisinage des apophyses, etc. Lorsque l'on observe les gommes hypodermiques déjà arrivées à la période d'ulcération, il n'est pas toujours facile non plus de préciser quel a été le point de départ de l'infiltrat; cependant la petite étendue de peau altérée comparée aux proportions de la base infiltrée, la forme régulièrement arrondie, la constatation, en un mot, des caractères propres à une *tumeur* proprement dite, voilà, avec les renseignements que l'on peut obtenir sur la préexistence d'une nodosité *plus profonde*, une somme de données qui permet, le plus ordinairement, de se rendre un compte exact de la localisation initiale du néoplasme.

B. Caractères cliniques des gommes scrofuleuses hypodermiques.

On rencontre ces gommes sur presque tous les points du corps où existe le pannicule ; à la face, sur le tronc, aux membres ; leur nombre simultané n'est pas d'ordinaire considérable, trois, six, dix en moyenne; leur *volume* varie de celui d'une noisette à celui d'une noix ; d'ordinaire, les gommes plus volumineuses ne sont pas nées dans l'hypoderme, mais plus profondément. Nulle *symétrie* ne préside à leur développement; on constatera, par exemple, sur le même sujet une gomme au niveau du sac lacrymal à gauche, une dans la région épicondylienne droite, deux autres dans la région fessière du côté opposé, etc.; nulle *simultanéité* dans leur apparition, qui est au contraire successive ; chaque lésion évolue pour son compte, et la cicatrisation peut s'opérer spontanément dans l'une, alors que l'autre entre dans la période d'action.

Le *début* est absolument latent; plusieurs semaines souvent, avant

Digitized by Google

que le malade en ait notion, ou que le médecin puisse rien reconnaître à la surface du tégument, saillie ou tache, il s'est développé dans l'hypoderme, plus ou moins loin du chorion, selon l'épaisseur du pannicule, une petite tumeur arrondie, dure, indolore et indolente, sans adhérence avec la face profonde du derme, semblable à une bille, quelquefois roulant sous le doigt. Dans cette période, la recherche demande de l'attention et un peu d'habitude; une fois prévenu de l'existence de quelques-unes des nodosités, des nodules initiaux, qu'on lui fait toucher du doigt après les avoir découverts, le malade explore lui-même toutes les régions, reconnaît les tumeurs dès qu'elles ont atteint le volume d'un pois, et guide le médecin dans leur recherche. La durée de cette période latente, surtout chez les sujets qui ont dépassé l'enfance, est souvent assez longue, moins longue toutefois que celle du développement des gommes syphilitiques de même siège anatomique ; une fois terminée, et quand le processus tuberculeux transmis au chorion a donné lieu à des phénomènes de dermite, l'évolution s'accélère encore, et se confond dans sa marche avec celle des gommes dermiques, dont il n'est pas toujours possible de les distinguer quand on n'a pas suivi le développement des lésions.

Lorsqu'on suit attentivement, et on en a tout le loisir, la *série des phénomènes* qui se succèdent depuis la formation profonde du nodule tuberculo-gommeux jusqu'à sa perforation, on constate plusieurs particularités dignes d'être notées : Avant que la gomme n'ait contracté adhérence avec le derme, on peut déjà percevoir que sa *consistance* diminue; un certain ramollissement a précédé cette adhérence; en même temps, aussitôt que le derme commence à être soulevé de bas en haut, comprimé, on peut voir à la loupe, quelques *varicosités parcourir* la peau, encore en apparence intacte.

A cette période, avec une rapidité très variable, mais en général plus prononcée chez les très jeunes sujets, beaucoup moins au contraire chez l'adulte et moins encore chez le vieillard, la peau devient *rouge livide*, commence à être *douloureuse* à la pression ou dans les mouvements, et dès cette époque, on peut la considérer comme en partie compromise, bien que la résolution ne soit pas tout à fait impossible; mais ce fait qui est normal, commun, régulier, pour les gommes syphilitiques soumises à un traitement convenable, est absolument exceptionnel pour les gommes scrofuleuses sus-aponévrotiques.

Bientôt, la *fluctuation* qui était, à la rigueur, contestable ne paraît plus douteuse, et cependant si l'on fait une incision ou une ponction, il ne s'écoule encore qu'une quantité relativement faible de liquide, séreux, sanguinolent, sanieux, quelquefois filant, pyoïde, plus rarement caséeux et la diminution de la masse de la tumeur est peu considérable; la fluc-

Digitized by Google

tuation perçue était, en grande partie, fausse et due à la mollesse du fongus gommeux.

Il faut une plus longue durée à l'évolution, ou des phénomènes irritatifs particulièrement intenses, pour qu'il y ait un véritable abcès, c'est-à-dire une collection qui, par l'ouverture spontanée ou artificielle, se vide à la manière d'un abcès phlegmoneux. Fréquemment, alors même que les choses sont laissées à leur évolution spontanée, l'ouverture par un ou plusieurs pertuis ne laisse écouler qu'une quantité relativement petite de liquide; la marche de l'élimination est lente, les orifices s'*ulcèrent* plus ou moins irrégulièrement, et la lésion prend l'aspect commun d'un ulcère scrofulo-tuberculeux, avec tous ses caractères.

Dans la couche hypodermique de la peau, les tumeurs gommeuses de la scrofule, comme celles de la syphilis, évoluent avec plus de lenteur et avec des phénomènes irritatifs beaucoup moins accentués que dans le derme où les conditions d'irritabilité vasculaire et nerveuse, de compression par résistance de tissu, sont réalisées à un degré supérieur. Toutefois, leur marche est moins lente que celle des gommes ganglionnaires communes, qui sont plus susceptibles de régression interstitielle sans élimination; mais elle est, au contraire, moins rapide et moins irritative que celle des gommes qui naissent au voisinage du périoste, ou dans des régions qui ne sont séparées d'un plan osseux d'une part et de la peau de l'autre, que par une très faible épaisseur du tissu lamineux.

A partir du moment où l'*adhérence* est faite, les altérations consécutives évoluent à la manière de celles qui suivent les gommes dermiques; la gomme hypodermique est devenue, de fait, une gomme dermo-hypodermique, c'est-à-dire qu'elle occupe la peau dans toute son épaisseur. Ce n'est ni de phlegmasie simple, ni d'atrophie par compression qu'il s'agit pour la portion de derme envahie, mais bien d'infiltration tuberculo-gommeuse exactement comme ce'a a lieu pour les gommes syphilitiques où le processus est identique par propagation de l'infiltration syphilomateuse; phénomènes aussi faciles à pressentir qu'à constater, et que cependant on méconnaît. C'est de ce rôle actif du derme dans l'évolution ultérieure que dépend, par-dessus tout, la gravité pronostique de la lésion, c'est sur son degré que se règle l'étendue des phénomènes d'ulcération proprement dite qui vont, à présent, occuper le premier plan. Cette infiltration scrofuleuse secondaire du derme au contact des gommes de l'hypoderme se retrouvera toutes les fois où une gomme émergente, venue d'un point quelconque, atteindra le chorion, et elle constituera toujours un élément important dans la série ultérieure. Toutefois, il s'établit dans la succession des observations une grande variété selon le degré de cette infiltration, et l'on observe des cas dans lesquels, les lésions du chorion étant peu considérables, la guérison peut s'opérer

Digitized by Google

assez rapidement après évacuation du contenu du kyste gommeux, sans ulcération étendue ni prolongée.

A lire la plupart des auteurs contemporains qui ont traité des gommes syphilitiques, il semblerait que rien n'est plus simple que de distinguer, d'une façon objective et directe, « les abcès sous-cutanés » des gommes syphilitiques de la même couche anatomique ; cela, à notre sens, n'est pas exact. Lisez successivement la description des *tubercules scrofuleux sous-cutanés* de RAYER (1), par exemple, et la description des *tubercules sous-cutanés syphilitiques* par RICORD (2), descriptions produites à peu près à la même époque, et qui offrent toutes deux le cachet de précision clinique propre à ces deux maîtres également éminents ; l'une pourrait être mise à la place de l'autre et réciproquement. A l'hôpital Saint-Louis, où la matière à comparer n'est pas rare, et où les médecins, voyant ces choses en grand nombre, en savent l'extrême difficulté, on voit souvent débattre la question de savoir si telle gomme est syphilitique ou scrofuleuse, et les dissidents soumettre leur avis au jugement thérapeutique. A la période de crudité surtout, les caractères directs sont souvent tout à fait identiques ; à la vérité, la marche est souvent plus rapide dans les gommes scrofuleuses que dans les gommes syphilitiques, et les anamnestiques, les phénomènes concomitants, viennent au secours du diagnostic ; mais ce secours apporté par les signes indirects est souvent nécessaire et il n'est pas toujours suffisant. Plus tard, quand les gommes auront été éliminées, les caractères classiques propres des ulcérations fourniront de nouveaux éléments de jugement ; mais nous le répétons, même dans ces conditions, le diagnostic peut encore être difficile.

Il sera donc prudent de se mettre en garde contre les erreurs provenant d'un diagnostic hâtif, et, tout en tenant compte des nuances objectives que présentent parfois ces deux lésions, il sera bon de ne jamais négliger les signes indirects non moins que l'épreuve thérapeutique.

De nombreuses tumeurs du derme et de l'hypoderme pourraient, à la rigueur, être confondues avec les gommes scrofulo-tuberculeuses ; mais les causes de confusion sont en réalité minimes, et c'est par les caractères propres de ces tumeurs que la question diagnostique doit être posée. Ce n'est pas ici le lieu de s'y arrêter ; en pareille occurrence, il s'agit de savoir quels sont les éléments à mettre en discussion, et cela est fait.

2e groupe. — GOMMES SCROFULEUSES SOUS-APONÉVROTIQUES.

Ainsi que nous l'avons exposé plus haut, cette section comprend les

(1) *Loc. cit.*
(2) Notes à HUNTER. Paris 1845, et *Traité pratique des maladies vénériennes*, Paris, 1838.

Digitized by Google

gommes ganglionnaires, les gommes des muscles, des tendons et de la face externe de leurs gaines, des aponévroses d'insertion, de l'atmosphère externe du périoste. Toutes ces affections, souvent confondues avec des gommes syphilitiques, avec des abcès ossifluents, des gommes tuberculeuses vraies, des synovites tuberculeuses, et même des lésions osseuses, constituent un des chapitres les plus importants de la pathologie de la scrofule.

Nous avons recueilli sur elles un grand nombre de matériaux, et nous les démontrons, depuis un assez grand nombre d'années déjà, chaque jour, dans nos leçons cliniques ; mais, en raison de la rareté des nécropsies, l'étude complète est loin d'être achevée, et nous ne voulons ici que marquer leur place.

Dans les *muscles*, les gommes scrofuleuses sont plus rares que dans la peau ; leur période latente est assez longue ; leur volume peut atteindre des proportions relativement considérables, une noix à une petite orange ; elles sont souvent prises pour des collections ossifluentes ; leur guérison par résolution, après caséification, est possible ; leur traitement chirurgical est assez simple.

Les *gaines des tendons*, à notre observation dans leur face externe, sont un siège favorable au développement des gommes scrofuleuses ; elles évoluent dans l'hypoderme ; distinctes des synovites tuberculeuses proprement dites, elles sont curables ; elles peuvent être guéries sans mutilation et sans déformation, alors même qu'elles ont leur siège aux extrémités, ainsi que nous en avons fourni des exemples ; cela suffit pour faire comprendre de quelle importance est la connaissance de ces faits (1).

L'atmosphère lamineuse du *périoste* devient fréquemment le lieu d'origine de gommes scrofuleuses qui peuvent évoluer vers les parties superficielles sans produire de dénudation, et sans altérer les gaines tendineuses, mais qui peuvent aussi atteindre le périoste et donner lieu à des altérations très complexes qu'il est fort difficile de déterminer exactement; mais il nous a paru manifeste que certaines lésions épipériostiques simulaient des altérations sous-périostées, et d'autre part, qu'une intervention chirurgicale active et *précoce* était de nature à arrêter dans leur développement des altérations consécutives très graves du tissu osseux et du système articulaire.

Ces lésions s'observent surtout au voisinage des apophyses osseuses, l'épicondyle ou les malléoles ; sur les parties latérales des phalanges, ou à leur périphérie, où elles simulent des lésions graves et profondes,

(1) Voy. l'observation d'un de nos malades. *Mém.* de Brissaud et Josias, *loc. cit.*, p. 12 et suiv.

Digitized by Google

qu'une intervention active et rapide peut guérir d'une manière inespérée (1) l'observation d'un de nos malades déjà rappelée, et l'observation I de la Thèse de VOGUET (2) dans laquelle nous avons donné un type de la forme nodulaire ; le moulage des lésions avec leur aspect d'après nature est représenté dans la pièce que nous avons fait déposer au Musée de l'hôpital Saint-Louis sous le n° 397.

Traitement des gommes scrofuleuses.

Le traitement *médical* des gommes scrofuleuses n'existe pas ; il y a bien une médication, dite antiscrofuleuse, que l'on applique un peu banalement à tous les scrofuleux faute de mieux, mais en réalité rien qui soit comparable, même de fort loin, à l'action de l'iodure de potassium sur les gommes syphilitiques.

Dans tous les cas, cette dernière médication doit être tentée ; entre les gommes scrofulo-tuberculeuses vraies, et les gommes de la syphilis héréditaire, l'analogie est souvent si étroite ; *les sujets syphilitiques par hérédité sont communément si absolument semblables aux scrofuleux*, que la médication antisyphilitique doit toujours, dès l'abord, être institué. L'huile de foie de morue, le fer, l'arsenic, les inspirations d'oxygène, la suralimentation, etc., sont nettement indiqués ; nous croyons avoir employé aussi, avec succès, l'iodoforme à l'intérieur en pilules, à la dose de 5 à 50 centigrammes et au delà dans les vingt-quatre heures.

Quand l'on constate la première apparition des nodules gommeux, et avant leur maturité ou leur ramollissement, peut-on faire localement quelque chose d'utile ? On a pensé que les *révulsifs cutanés*, vésicatoires volants, pointes de feu, cautérisations diverses, avaient le pouvoir d'enrayer la marche des lésions ; nous ne le nions pas en principe ; mais ne ne l'avons guère constaté, bien que les occasions de jugement ne nous soient pas rares. Cependant, dans une certaine mesure, il n'y a pas grand inconvénient à employer les badigeonnages phéniqués, ou iodés, ou même les procédés de révulsion plus actifs que l'on possède. D'autre part, dans les cas où un processus phlegmasique assez actif se produit, l'emploi des *émollients* trouve une application utile.

Mais, dès le moment où l'épreuve thérapeutique par la voie interne est restée sans résultat, il n'y a plus qu'à détruire sur place, le plus promptement possible, le foyer spécifique et, c'est dans les moyens directs, dans les caustiques appropriés que consistera la médication efficace.

(1) *Ibidem.*
(2) *Loc. cit.*

Digitized by Google

La médication *interstitielle* substitutive (injections de teinture d'iode, etc., LUTON) mérite grande considération, mais il y a encore beaucoup à faire dans cette direction. La *destruction* avec le chlorure de zinc, interstitielle ou en surface, trouve de nombreuses et précieuses applications. A l'hôpital Saint-Louis, LAILLER, et nous-même après lui, avons montré quel parti on pouvait en tirer; mais il est difficile de tracer des préceptes sur ce point, tant les faits sont variables ; c'est sur le terrain même où se font ces études que l'on doit venir en chercher la tradition. Enfin, la *curette,* convenablement maniée, trouve aussi, en plusieurs circonstances, de très utiles applications.

Dans les gommes dermiques et hypodermiques, ouvertes spontanément ou artificiellement et de bonne heure (ce qui est loin d'être une pratique à rejeter), les cautérisations avec le *nitrate d'argent*, suivies de l'application du *zinc métallique* constituent un excellent moyen, mais il le faut appliquer avec énergie et combattre, sans relâche, le bourgeonnement dans tous les points où le crayon peut pénétrer. Le nitrate d'argent est, ici, l'agent le plus spécialement efficace ; nous nous servons de crayons assez solides pour être engagés dans les trajets et pour pénétrer par effraction dans les tissus ramollis. On peut assurément, obtenir aussi de très bons résultats avec l'acupuncture ignée thermique ou électrique, mais toutes les fois où le nitrate d'argent est applicable, c'est le mode de cautérisation qui nous a paru préférable.

C'est également par l'action chirurgicale qu'il faut intervenir pour les ulcérations consécutives aux gommes de tout ordre arrivées à élimination, l'excision des bords décollés, la rugination des surfaces fongueuses, leur cautérisation attentive, et répétée, sont indispensables pour obtenir des cicatrices aussi peu vicieuses que possible.

Digitized by Google

GUÉRISON D'UN CAS DE SARCOMATOSE GÉNÉRALE DE LA PEAU PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES D'ARSENIC.

Malade présentée à la Société médicale de Berlin le 25 janvier 1882, par le professeur Heinrich Köbner. (Traduit du *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1883, n° 2.)

Messieurs,

Le cas que j'ai l'honneur de vous présenter aujourd'hui mérite tout spécialement votre attention : d'un côté, parce que d'une manière générale il est rare d'observer un fait de sarcomatose généralisée sur presquo toute la peau du corps et plus rare encore de la rencontrer chez une enfant de 8 ans 1/2, et de l'autre côté par le succès vraiment surprenant dont le traitement a été suivi. Permettez-moi donc de vous esquisser brièvement l'état que j'ai constaté le 9 juillet 1881, alors que l'enfant me fut amenée par mon honoré collègue James Israël :

C'est une petite fille brune, de petite taille, d'une constitution délicate, d'un embonpoint médiocre (née le 8 février 1873). Sur la figure et spécialement sur les joues on trouve un grand nombre de petits boutons gros comme la moitié d'un pois, un peu saillants, offrant une coloration rouge brun, qui sous la pression du doigt, devient gris jaunâtre; sur un petit nombre seulement de ces boutons on voit de très petites croûtes fortement adhérentes. Par le toucher on sent que ces petits boutons sont extraordinairement durs et que l'étendue de cette dureté dépasse considérablement en largeur et en profondeur le volume apparent de ces boutons. A la pression ils ne sont pas douloureux. Un bouton plus gros qu'un pois, également dur et indolore, occupe le bord de l'aile droite du nez ; il est d'une couleur gris jaunâtre, presque transparent, comme gélatineux et offre à sa surface un réseau vasculaire fin. La poitrine, le ventre et le dos sont exempts de boutons.

Sur le thorax on voit des cicatrices superficielles, blanches, isolées, avec un bord cicatriciel irrégulièrement échancré, brunâtre, dirigé de haut en bas; à l'épigastre, allant jusque dans l'hypochondre gauche, une surface cicatricielle très étendue, d'un seul tenant, colorée en brun foncé, à bords irréguliers, ressemblant au reliquat d'une brûlure.

Sur les membres supérieurs et inférieurs, principalement sur le côté de l'extension ainsi que sur les fesses, il y a un grand nombre de boutons de grosseur moyenne, d'une coloration rouge clair, mais d'ailleurs de même nature que ceux qui existaient sur les joues et dont nous avons donné la description. Au milieu de ces boutons il y en a également d'autres extraordinairement petits, très plats, à bords anguleux, offrant une légère dépression à leur surface, d'une couleur allant du jaune mat au rougeâtre. Nulle part il n'y a de traces de grattage. Le dos des mains et des pieds présente ces mêmes boutons durs et rougeâtres, la paume des mains, au contraire, en est exempte. Sur la plante des pieds il y a quelques boutons un peu saillants et légèrement déprimés au centre. Un des ganglions latéraux du coude droit est gonflé. Les

Digitized by Google

follicules lymphatiques du pharynx sont augmentés de volume. Un peu d'anémie des membranes muqueuses.

Les parents, qui sont bien portants, déclarent qu'il n'y a jamais eu dans leur famille aucune maladie de peau, ni aucun néoplasme quelconque des autres organes ; ils racontent qu'ils ont perdu un enfant qui était né deux ans avant la petite malade actuelle, lequel enfant est mort de « convulsions » en quelques heures à l'âge de 11 mois ; ils ajoutent que la petite malade a toujours été faible et délicate. A l'âge de 3 ans elle a eu la varicelle, à 4 ans un ictère ; elle s'enrhumait très fréquemment ; elle a été atteinte en mai 1880 d'une rougeole grave qui a été suivie d'une desquamation extraordinairement forte de la peau sous forme de grands lambeaux, la langue s'est également dépouillée ; l'enfant a eu pendant ce temps une pneumomie. Vers le milieu de mars 1881 elle a été brûlée par du café bouillant au cou, sur une grande partie de la poitrine et sur la partie supérieure du ventre. En avril 1881 les boutons se sont montrés pour la première fois sur la joue gauche ainsi que celui qui existe sur l'aile droite du nez, mais en même temps aussi on en remarquait déjà sur les deux bras et sur les jambes. Depuis le 26 mai on n'avait employé qu'un petit flacon de liqueur de Fowler 2 grammes et eau de menthe 4 grammes, dont l'enfant prenait seulement deux fois par jour 3 gouttes.

J'ai pu établir de suite le diagnostic, en me basant spécialement sur le premier des deux cas de sarcomatose générale et particulièrement aussi de sarcomatose cutanée, que j'ai décrits en 1869 et qui se sont terminés par la mort. D'autres collègues, à qui je montrai la petite malade et qui n'avaient jamais rien observé de semblable, se refusaient à me croire et je dus finalement procéder *par exclusion* pour arriver à les convaincre. Aujourd'hui, messieurs, où vous pouvez contempler chez cette enfant les reliquats des boutons qui sont déjà à l'état d'involution la plus complète, il devient inutile que je vous fasse ressortir les signes cliniques à l'aide desquels j'ai exclu tous les néoplasmes provenant de la syphilis, de la scrofule, du lupus ou de la lèpre, toute idée d'adénome ou de fibrome de la peau, pour m'arrêter précisément à l'idée d'une sarcomatose de la peau extrêmement multiple, étendue à presque toute la surface du corps à l'exception du nez et du ventre.

Ce fut le 12 septembre que je revis l'enfant une seconde fois, — elle s'était absentée et n'avait fait aucun traitement pendant ce temps —; je constatai que les néoplasmes avaient énormément augmenté comme nombre et comme volume. Particulièrement nombreux sur les deux joues, ils sont moins abondants sur le front, le côté gauche du nez et le menton; au contraire ils se sont considérablement multipliés sur les bras et les jambes ; ils sont isolés actuellement même sur le thorax et dans la région de l'omoplate. Tous les boutons, qui pour la plupart offraient une coloration rouge bleuâtre et avaient le volume d'une lentille ou d'un demi-pois, étaient durs, presque indolores à la pression ; un très petit nombre de boutons, par exemple l'un des deux boutons assez gros, placés à côté l'un de l'autre sur le dos de la main gauche, et un autre situé sur l'avant-bras, étaient légèrement ombiliqués. Un bouton énormément dur, presque violet, couvert d'un réseau vasculaire très abondant, offrant le volume d'un haricot, siégeait sur l'aile droite du nez ; il y en avait un autre semblable, mais un peu plus petit, plus plat et moins proéminent, à droite sur le front; un autre, situé sur le bord interne du pied et 2 sur le dos de la main gauche ; ces boutons sont un peu transparents et ont presque la dureté d'un cartilage. Un très petit nombre seulement de bou-

Digitized by Google.

tons, en forme de simples points et de très petit volume, situés, par exemple, sur les oreilles et sur le dos des pieds, rappelaient les boutons que l'on voit au début d'un lichen rouge. Les ganglions du coude droit sont devenus deux tumeurs assez volumineuses, de forme ovale allongée ; ceux du coude gauche sont également hypertrophiés, ainsi que les ganglions sous-maxillaires qui sont plus gros que des haricots ; il en est de même de quelques groupes de glandes lymphatiques des cuisses, dont deux de chaque côté atteignent le volume de noyaux de pruneaux. Le foie et la rate sont un peu gonflés. Urine normale. Pas de fièvre. Appétit faible. La nutrition générale est défectueuse, ainsi que je l'avais noté à mon premier examen, le 9 juillet.

Bien que le diagnostic fût déjà complètement certain en raison de la marche que l'affection avait suivie jusque-là, comme il ne s'était produit chez cette enfant qu'une multiplication et une augmentation de volume des différentes tumeurs jusqu'à la grosseur caractéristique, mais qu'il ne s'était fait nulle part aucun travail d'involution ou de ramollissement comme en subissent la plupart des autres néoplasmes que nous avons énumérés plus haut, je me décidai cependant, afin de bien établir le fait anatomiquement aussi, à exciser deux boutons situés à côté l'un de l'autre sur le bras, l'un gros comme un pois et l'autre comme une lentille, au moyen d'une incision ovalaire qui les embrassait tous les deux. Le premier pénétrait jusqu'à une certaine profondeur dans le tissu cellulaire sous-cutané. Vous voyez ici un certain nombre de préparations microscopiques de ce bouton examinées avec un grossissement tantôt faible, tantôt fort, et qui confirment d'une manière absolue le diagnostic que j'avais porté, de sarcome à cellules fusiformes de la peau et du tissu sous-cutané.

Au-dessous de l'épiderme, qui est un peu aminci, et du réseau muqueux, qui est normal, on voit la couche papillaire qui est bien conservée, sauf qu'elle est remplie de vaisseaux fortement injectés qui ne présentent une hypertrophie adventitielle des cellules que dans les endroits où ces vaisseaux remontent de la tumeur située plus profondément.

Sur un petit nombre de coupes seulement on voit l'hypertrophie des cellules fusiformes existant déjà dans les papilles elles-mêmes. Le siège principal de cette hypertrophie est dans la couche réticulée de la peau et dans le tissu sous-cutané. Là se trouvent des quantités innombrables de cellules fusiformes entremêlées de cellules rondes moins nombreuses, fortement serrées les unes contre les autres de manière à former de grands amas ou de gros faisceaux, traversés par de nombreux vaisseaux sanguins très dilatés, avec conservation intacte de la substance fibreuse fondamentale qui envoie quelques lames (cloisons) de séparation entre certaines des plus volumineuses agglomérations de cellules fusiformes. Une grande partie de ces cellules fusiformes ne se laissent pas chasser par le pinceau. L'examen des coupes simplement colorées avec du violet de gentiane ou avec un mélange d'hématoxyline et d'éosine, aussi bien que de celles même qui ont été d'abord colorées et ensuite passées au pinceau, montre que cette hypertrophie cellulaire ne suit pas exclusivement le trajet des vaisseaux, mais plutôt en général la direction des fibres du tissu cellulaire. De place en place ces cellules sont plus fortement agglomérées autour de petits follicules pileux bien conservés et non hypertrophiés, ou autour de quelques pelotons de glandes sudoripares qui toutefois n'ont subi, ainsi que les quelques fibres du muscle redresseur du poil, aucune modification essentielle quelconque.

Ce tableau concorde complètement avec ce que j'ai vu et décrit dans les

Digitized by Google

sarcomes multiples de la peau (mais en général seulement secondaires) de mon premier cas que j'ai cité plus haut. Pour que vous puissiez faire la comparaison, je vous ai encore apporté des préparations, faites de la même manière, de petits sarcomes secondaires de la peau de la jambe, et que je dois à l'obligeance de mon honoré confrère le Dr Michelson de Kœnigsberg (1)

Pour moi le traitement ne pouvait pas être douteux, d'une part en raison de ce que l'appétit de l'enfant était toujours faible et se dérangeait facilement, et d'un autre côté en considération des guérisons obtenues par moi (2) dans des cas toujours plus nombreux de lichen ruber universalis et cela dans un très court délai, au moyen de quantités relativement très faibles d'une solution d'arsénite de potasse injectée sous la peau. Je fis préparer une solution de Fowler (pour l'usage hypodermique la liqueur de Fowler doit être de préparation toujours récente) que l'on étendit de 2 parties d'eau distillée pour 1 partie de solution arsenicale ; ce mélange, dont la seringue de Pravaz ne contenait que 0gr,86 (3), fut injecté chaque jour à la dose de 1/3 de seringue à 1/2 seringue, soit à la dose de 2 1/2 à 4 gouttes de liqueur de Fowler pure, puisque 2 tours de la seringue correspondaient à une goutte de mélange : de sorte que dans l'intervalle du 12 septembre au 9 décembre il

(1) Suivant l'aimable communication que m'en a faite le Dr Michelson, ces pièces provenaient d'un malade de la clinique de M. le professeur Ernest Burow ; c'était un homme vigoureux, âgé de 22 ans, qui portait à la malléole interne gauche un sarcome primitif gros comme une pomme de terre, d'aspect bleuâtre, et dont la présence n'avait été remarquée que depuis quelques mois. Autour de cette tumeur et le long de la face interne de la jambe entière on sentait une série de petits boutons dont une partie ont leur siège dans la peau à travers laquelle on aperçoit leur couleur bleuâtre, tandis que d'autres sont placés dans le tissu sous-cutané où l'on ne peut, par conséquent, pas les voir, mais on les reconnaît seulement par le toucher ; ces boutons ont le volume d'un grain de chènevis à celui d'un pois. Il y a dans le creux poplité un ganglion gros comme un haricot, et dans les deux aines, plus encore à gauche qu'à droite, plusieurs glandes tuméfiées. L'amputation, pratiquée le 12 octobre 1880 par le Dr Burow au tiers inférieur de la cuisse, a suivi une excellente marche et le malade a quitté la Clinique le 28 novembre 1880. Le Dr Michelson, qui a revu le malade le 15 avril 1882, a trouvé sur le côté de la flexion du moignon de l'amputation admirablement cicatrisé deux sarcomes cutanés du volume d'un pois, éloignés environ de 2 centimètres l'un de l'autre. En se basant sur cette observation le Dr Michelson, à qui je présentai au commencement d'octobre 1881 ma malade ainsi que les préparations des tumeurs que je lui avais enlevées, avait posé le diagnostic sans la moindre hésitation, bien que chez ma malade il existât quelques différences portant spécialement sur la dépression centrale devenue déjà visible pour un certain nombre de boutons et sur la présence de petites écailles fines et adhérentes.

(2) Le premier cas, que j'ai présenté le 13 octobre 1880 à la Société de médecine de Berlin, de guérison obtenue par moi à l'aide de ce traitement, est demeuré définitivement guéri jusqu'à présent (janvier 1883), ainsi qu'un certain nombre d'autres faits que je me propose de publier plus tard dans un opuscule.

(3) Comme les seringues de Pravaz, qui sont supposées contenir toujours 1 gramme, ont néanmoins une capacité très variable, pour arriver à un dosage exact surtout quand il s'agit de médicaments actifs, il faut toujours, avant de faire usage d'un de ces médicaments, ou avant de se servir d'une autre solution qui peut avoir une pesanteur spécifique très différente, il faut toujours, dis-je, faire déterminer par le pharmacien le poids du contenu de la seringue.

Digitized by Google

fut injecté en tout 8 grammes de liqueur de Fowler pure. Comme il fallut souvent suspendre les injections pendant une journée à cause des douleurs dans la partie antérieure de la tête qui provenaient probablement du coryza chronique, douleurs qui apparaissaient toujours le matin au réveil et se dissipaient seulement par la promenade, cela explique pourquoi dans l'intervalle de ces trois mois il n'a été fait que 51 injections.

Jusqu'alors la physionomie générale de l'affection s'était très peu modifiée. Dans certaines régions, il est vrai, quelques-uns des boutons les plus petits présentaient quelques symptômes de régression (involution), c'est-à-dire que, par exemple, sur les jambes d'abord, puis sur la moitié gauche de la figure et plus tard sur la moitié droite, certains petits boutons présentaient pour la plupart une dépression centrale et étaient couverts d'écailles fines et adhérentes ou de petites croûtes sèches ; cependant comme aucun bouton sur aucun point ne s'était complètement aplati, le nombre total des efflorescences semblait être le même, ou plutôt augmenté. Sur les fesses, sur le bras droit existaient quelques boutons que l'on sentait sous la peau, mais que l'on ne pouvait voir qu'en tendant fortement cette dernière, gros comme la moitié d'un noyau de cerise ; mais ceux que nous avons cités comme étant les plus gros n'étaient nullement modifiés ; par exemple, 3 boutons qui s'étaient développés depuis août sur le côté gauche du nez n'avaient subi aucun changement, pleins, lisses, tendus, d'un rouge brillant, gros comme un pois — un quatrième bouton, gros à peine comme une tête d'épingle, était survenu sur le dos du nez dans le voisinage des premiers — le bouton situé sur l'aile droite du nez avait pris un développement notable, il pendait un peu et on le voyait coloré en bleuâtre par transparence du côté interne de l'aile du nez. La cicatrice résultant de l'excision pratiquée sur le bras gauche était un peu soulevée, dure, parsemée de boutons très petits. On sentait la rate qui débordait de 2 travers de doigt, et le foie, de 3 travers de doigt, le rebord inférieur des côtes, mais aucun de ces deux organes n'offrait de dureté.

A cette époque, depuis le 10 décembre jusqu'au 17 janvier 1882, j'injectai graduellement 6 gouttes, puis 7 1/2 gouttes, jusqu'à 9 gouttes (toujours additionnées d'eau distillée dans la même proportion), et comme la petite malade, qui était en général très sensible, se plaignait lorsque je lui faisais les injections sous-cutanées entre la colonne vertébrale et l'omoplate ou dans le voisinage, je pratiquai le plus souvent les injections intrà-musculaires dans la région des fesses, où elles furent très bien supportées. En outre je fis aussi quelquefois des injections parenchymateuses dans la substance même de quelques boutons soit proéminents, soit, au contraire, profonds, par exemple dans ceux qui siégeaient sur l'aile droite du nez et sur les deux bras, et une fois aussi sous la cicatrice consécutive à l'excision que j'avais pratiquée jadis et qui était le siège d'une récidive locale. Depuis cette époque le travail actif d'involution s'est produit jusqu'à amener progressivement l'état que vous voyez aujourd'hui (25 janvier 1882) et qui existait déjà en très grande partie à la date du 5 janvier, époque où il avait été injecté en tout 12 grammes de liqueur de Fowler ; en outre l'enfant avait pris du 12 novembre au 16 décembre 30 grammes de solution de fer dialysé, à la dose de 8 à 12 gouttes 2 fois par jour.

Déjà jusqu'au 5 janvier il était survenu progressivement une diminution générale notable de tous les boutons, qui pour la plupart s'étaient déprimés dans leur centre lequel était recouvert d'une petite croûte ou d'une petite écaille toujours sèche ; tous les ganglions lymphatiques primitivement hyper-

Digitized by Google

trophiés avaient également beaucoup diminué de volume. Les boutons qui sont fortement serrés les uns contre les autres sur les joues auprès du bord inférieur de l'orbite, paraissent complètement enfoncés, ils sont comme percés dans le centre, colorés en rouge foncé presque brun, les trois boutons isolés qui siègent sur le côté gauche du nez sont moins tendus et moins rouges, et même ceux qui étaient naguère les plus gros sont considérablement diminués et sont beaucoup moins livides. Les ganglions épitrochléens des deux côtés étaient très notablement revenus sur eux-mêmes, ceux de droite qui naguère formaient une proéminence en paquet ne présentaient plus que le volume d'un haricot, tandis qu'à gauche un épaississement en forme de cordon situé sur le côté interne du bras tirait une portion du condyle interne en dedans et en haut. Jusqu'au 17 janvier j'avais injecté une nouvelle quantité de 2gr,75 de liqueur de Fowler, par conséquent 14gr,75 en tout depuis le commencement du traitement; sur ce total, dans les cinq semaines écoulées depuis le 10 décembre pendant lesquelles un léger catarrhe bronchique m'obligea de suspendre la médication, je n'injectai que 6gr,45 en 25 injections. Il y a huit jours, c'est-à-dire le 17 janvier, voyant que les injections produisaient des effets toujours plus rapides, je les suspendis en ayant soin de bien noter l'état que présentait alors la petite malade, état qui était absolument semblable à celui que vous pouvez constater aujourd'hui; sur le front, les tempes et les joues on ne trouve plus en général que des taches plates, d'un brun rougeâtre, ressemblant à des cicatrices et un peu déprimées. Seulement sur les plaques cicatricielles dans leur milieu et qui se sont produites plus tard sur la joue droite, on peut encore constater à leur périphérie l'existence de bords minces et durs. De même on retrouve encore, mais beaucoup plus affaissés qu'ils ne l'étaient au 8 janvier, trois boutons du volume d'une lentille du côté gauche du nez, un autre gros comme la moitié d'un pois sur le bord de la joue gauche, de même que ce très petit bouton, gros comme une tête d'épingle dont j'avais déjà, au 17 novembre, constaté l'existence sur le dos du nez; quant au très gros bouton qui était situé sur l'aile droite du nez, il n'en reste plus qu'une petite dureté encore sensible sous le doigt et présentant une coloration d'un rouge jaunâtre.

Sur l'oreille droite, des trois boutons qui existaient sur l'hélice et des trois qui siégeaient sur le lobule et qui tous avaient progressivement diminué de volume, on ne voit plus que des taches encore pigmentées; à l'oreille gauche il existe une tache semblable sur l'hélice et trois pareilles sur le lobule de l'oreille, dont une présente une petite écaille blanche fortement adhérente au centre et que l'on ne peut enlever qu'à l'aide de la cuillère tranchante. Les ganglions lymphatiques sous-maxillaires sont très petits des deux côtés. Dans le pharynx on retrouve encore l'ancienne hypertrophie folliculaire. La cavité de la bouche, la langue, les gencives sont normales. Le tronc, qui présente seulement sur le thorax et sur les épaules un petit nombre de taches d'un brun rougeâtre, tout à fait disséminées, grosses comme une lentille, et qui sont le reliquat des anciens boutons, le tronc, dis-je, contraste d'une manière frappante avec les très nombreux restes de boutons que l'on trouve sur les membres supérieurs et inférieurs. Sur les bras tous les boutons sont affaissés et colorés en rouge brunâtre, mais presque partout on peut encore les sentir sous forme d'infiltrats plats et durs; quelques-uns sont plus particulièrement aplatis, notamment ceux qui siègent sur la cicatrice à peine encore un peu dure de l'excision pratiquée sur le bras gauche, ainsi que les deux boutons jadis très gros qui existaient naguère sur le dos de la main près des ar-

Digitized by Google

ticulations du carpe. La plupart des boutons qui existaient jadis sur les deux cuisses et les deux jambes ne sont plus représentés que par des taches très disséminées et encore infiltrées ; sur les jambes, entre les nombreuses taches grosses comme un pois, colorées en bleuâtre ou en rouge brunâtre, les unes plates, les autres couvertes au centre d'une ou deux petites écailles séparées, il existe en plus de petites écailles isolées du volume d'une tête d'épingle, semblables à celles du lichen pilaris, brillantes comme de l'argent, placées sur de petites élevures rouges, Sur le dos des pieds et sur leur bord interne on trouve des reliquats de boutons encore très manifestes, quoique très aplatis, durs, qui dépassent très peu le niveau de la peau extérieurement, et qui aussi profondément qu'on peut les sentir ne pénètrent pas du tout au-dessous de la peau dans le tissu sous-cutané ; quelques-uns de ces reliquats de boutons portent des croûtes que l'on peut enlever avec l'ongle. Les ganglions cruraux dans le triangle de Scarpa du côté droit ont à peine le volume d'un haricot ; à gauche ils ne sont pas plus gros qu'un noyau de cerise.

Le bord inférieur du lobe droit du foie se sent à deux travers de doigt au-dessous du rebord des côtes, mais il ne présente pas de dureté ; le lobe gauche arrive presque au milieu entre l'appendice xyphoïde et le nombril. La matité de la rate commence à la 8e côte et descend jusqu'au rebord inférieur des côtes. L'état général subjectif est bon. Si enfin nous envisageons en détail la distribution géographique des 318 taches, environ, ou restes de boutons qui existent encore sur les différentes régions du corps, nous voyons qu'il y en a 56 à la figure, 10 sur les oreilles, seulement 8 sur le tronc, sur les membres supérieurs 43, tandis que sur les membres inférieurs il y en a 201, y compris 11 boutons sur les fesses. Sur les bras qui sont atteints à peu près de la même manière à droite et à gauche, le côté de l'extension porte beaucoup plus de boutons que le côté de la flexion, les bras en ont plus (25) que les avant-bras (13) et le dos des mains (5) ; des deux membres inférieurs le droit en présente beaucoup plus (132) que le gaucho (69), la face postérieure en a beaucoup plus que la face antérieure, de sorte que la moitié supérieure de la face antérieure des deux cuisses est exempte de boutons, de là en descendant jusqu'aux chevilles le nombre des boutons va toujours augmentant, pour diminuer ensuite considérablement sur le dos du pied (19) et devenir enfin presque nul à la plante du pied (5).

Complément de l'observation en janvier 1883.

Le 31 janvier 1882 je recommençai le traitement et à partir de cette date jusqu'au 24 mars (avec de fréquentes interruptions) j'injectai encore en 20 séances 6 grammes de solution d'arsénite de potasse, de sorte que, en totalité, il n'y eut pas plus de 20gr,75 de cette solution qui furent employés, soit 0gr,28 d'acide arsénique pur. Sous cette influence, les dernières traces de dureté disparurent autour des cicatrices, qui prirent une coloration brunâtre de plus en plus prononcée ; à la figure la plupart de ces cicatrices présentaient à leur périphérie 2 ou 3 grains miliaires (par suite de la rétraction cicatricielle progressive autour des follicules de la peau), çà et là même ces grains étaient plus nombreux et formaient une sorte de couronne autour de certaines plaques cicatricielles. De même, les derniers restes d'hypertrophie ganglionnaire avaient déjà disparu vers la fin de février, ainsi que le cordon qui avait existé jadis sur le côté interne du bras gauche.

Pour relever l'état général de la constitution, l'enfant fut envoyée au mois de juillet à la campagne chez des parents ; elle y resta deux mois et demi et là elle prit de fréquents bains froids. A son retour on la pesa ; or le poids

Digitized by Google

du corps qui, en novembre 1881 était tombé à 45 livres, avait augmenté de 5 livres, et un peu plus tard (novembre 1882) il monta ici même à 53 livres. La coloration du visage est devenue plus fraîche et comme celle des muqueuses, elle indique une plus grande richesse du sang. L'étendue du foie est normale, celle de la rate dépasse l'état normal d'environ un degré du plessimètre, mais on ne le sent plus par la palpation. La peau est partout souple et lisse, sur les jambes seulement il y a quelques élevures de lichen pilaris; il en existe également quelques-unes, mais encore plus rares, sur les bras. Toutes les cicatrices ont pâli, un grand nombre a complètement disparu spécialement sur les membres: les cicatrices les plus distinctes relativement sont restées sur les joues, mais sur l'aile droite du nez il n'y a plus aucune trace d'altération. Ce résultat favorable s'est maintenu intact sous mon observation constante jusqu'en janvier 1883.

Digitized by Google

RECUEIL DE FAITS

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. le professeur FOURNIER.

OBSERVATION DE SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE

SARCOCÈLE SYPHILITIQUE, GOMMES DE LA LANGUE.

Par M. le Dr L. Brocq.

X..., âgé de 24 ans, couvreur, entre, le 13 janvier 1883, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Fournier. Il porte à la base de la langue, depuis plusieurs mois, de profondes ulcérations ressemblant à des gommes, et cependant il est impossible de lui trouver des antécédents de syphilis acquise : on songe alors à la syphilis héréditaire, et on procède à un interrogatoire sérieux des parents : voici ce que l'on découvre.

Le père est âgé de 47 ans ; il est alcoolique, rhumatisant et tuberculeux à la troisième période avec une fistule à l'anus, qui dure depuis onze mois. Il a eu à 21 ans un écoulement : huit ou dix jours après le début de cet écoulement, il eut un paraphimosis que M. Puche lui réduisit à l'hôpital du Midi, après lui avoir fait de nombreuses scarifications. A cette époque, il n'aurait eu d'écorchures ni sur le gland ni au prépuce. Son écoulement persista longtemps malgré l'administration de copahu et de cubèbe. Enfin, au bout de 17 à 18 mois, il le guérit par un remède dont il ignore la composition : 5 ou 6 mois après, vers 1857, il vit apparaître des ulcérations dans la bouche, aux lèvres et à l'anus, ulcérations que les médecins désignèrent sous le nom de *plaques muqueuses*, et qu'il lotionna avec de l'eau chlorurée. Depuis cette époque jusqu'en 1860, il en aurait présenté à différentes reprises ; mais jamais il n'aurait eu ni céphalalgie, ni croûtes dans les cheveux, ni alopécie, ni maux de gorge, ni écorchures à la verge.

Il se maria en 1858 ; sa femme devint rapidement enceinte, et ils ne remarquèrent rien d'insolite, ni sa femme ni lui, pendant tout le temps de la grossesse ; cependant, il avait toujours ses plaques aux lèvres et à l'anus. L'enfant vint au monde le 26 juin, bien portant ; la mère l'allaita. Un mois après la naissance, vers la fin de juillet, elle s'aperçut qu'elle avait de gros boutons aux parties, tandis que l'enfant présentait sur tout le corps une éruption de petites papules rouges. On consulta un médecin qui déclara qu'ils avaient tous les deux la syphilis constitutionnelle, et qui prononça même le mot de *plaques muqueuses* en parlant des lésions de la vulve chez la mère, de l'anus et de la bouche chez l'enfant. Il institua une médication sur laquelle on ne peut donner de renseignements complets, cependant il est certain qu'il fit prendre des bains de sublimé. Les manifestations disparurent au bout de deux mois de traitement : on ne le continua pas plus longtemps.

Six ou sept mois environ après la naissance de l'enfant, vers le commencement de 1860 (mais cette dernière date n'est pas sûre), le père eut lui aussi une éruption généralisée de boutons rougeâtres pour laquelle il alla consulter à la Pitié : on le renvoya au Midi, en lui disant que « c'était la syphilis constitutionnelle ». Il entra de nouveau dans le service de M. Puche, qui fut très étonné de ne pouvoir lui trouver d'antécédents de chancre.

Digitized by Google

Quoi qu'il en soit, depuis sa première éruption spécifique, l'enfant n'a plus présenté que les accidents suivants : à 18 mois, il eut une bronchite pour laquelle on lui appliqua sur le devant de la poitrine des vésicatoires qui ont laissé des cicatrices à bords assez nets, sinueux, arrondis, fort légèrement pigmentés, et au niveau desquelles la peau est un peu amincie, non adhérente aux parties profondes, et froncée de petits plis blancs radiés. Il eut sur la partie latérale gauche du cou un foyer de suppuration qui a laissé une cicatrice déprimée, irrégulière, linéaire, à grand axe transversal. Vers l'âge de 10 ans, il eut le bout du pouce droit coupé par accident. Depuis lors, il aurait eu la gale et la scarlatine, puis, à l'âge de 16 ans, une hydrocèle gauche pour laquelle il alla à l'hôpital Sainte-Eugénie et pour laquelle on lui fit trois ponctions avec injections iodées.

Vers l'âge de 19 ans, il aurait eu mal à la gorge pendant 15 jours; jamais il n'a eu d'ulcérations à la verge, et il est impossible de trouver chez lui de commémoratifs de syphilis acquise, ni céphalées nocturnes, ni chûte de cheveux, ni boutons sur le corps, etc. Il a souffert des yeux, paraît-il, pendant son enfance, mais il n'a pas de taies sur la cornée. Il n'a jamais eu d'écoulement d'oreilles, mais, depuis un an, il en souffre, et il y éprouve de temps en temps des élancements. Il ne tousse pas, n'a jamais eu d'hémoptysies, jamais de fièvre le soir, il dort et mange bien. Il n'a jamais eu de rhumatisme : il boit environ un litre et demi de vin par jour et fait parfois quelques excès.

Le début de l'affection pour laquelle il vient à l'hôpital remonte à un an environ. Il a eu d'abord mal à la gorge pendant le jour, jamais la nuit; il est venu il y a huit mois à la consultation de Saint-Louis, et on lui a dit qu'il n'y avait rien de perceptible. Il s'est adressé ensuite à un médecin de la ville, qui lui a ordonné du vin Mariani, de la tisane de gentiane, et une solution dont il ignore la composition. Le mal, loin de s'arrêter, n'a fait depuis que progresser, et, s'apercevant qu'il ne pouvait plus avaler aisément, que la parole devenait difficile et que les douleurs augmentaient toujours, le malade s'est décidé à entrer dans nos salles.

Etat actuel. — Le malade a des poux de tête et des poux de corps : il en a toujours eu depuis son jeune âge. Les ganglions sous-maxillaires des deux côtés sont engorgés et indolents. Les dents ne présentent rien de notable : l'incisive médiane gauche a été cassée par accident.

Le voile du palais offre un piqueté rouge. La langue est blanche à sa partie antérieure. Sa partie postérieure est profondément affectée. A gauche, au niveau du V lingual, existe une ulcération ovoïde à grand axe longitudinal de deux centimètres et demi de longueur environ sur un centimètre de largeur et un centimètre et demi de profondeur. Les bords en sont très indurés, rouges, saillants de quelques millimètres au-dessus de la muqueuse, taillés à pic, assez irréguliers; ils forment des sortes de petits demi-cercles à convexité tournée vers la cavité, et à la réunion desquels se trouve une fissure assez profonde intéressant le tissu lingual périphérique. Le fond est jaunâtre, bourbillonneux : l'extrémité tout entière de l'index pénètre facilement dans cette cavité. Elle se prolonge en arrière dans une étendue de près de trois centimètres, jusqu'à la partie latérale gauche de l'épiglotte, sous forme d'une très profonde fissure presque rectiligne dans le sens antéro-postérieur, quoique décrivant quelques flexuosités, du sommet desquelles partent des fissures transversales ; elle est entourée de tissus lardacés, indurés. Cette induration se retrouve, d'ailleurs, dans un rayon d'au moins un centimètre tout autour de la grande ulcération antérieure, et de là elle se prolonge en suivant une

Digitized by Google

ligne oblique d'avant en arrière et de gauche à droite, de façon à intéresser également dans son quart postérieur la partie droite de la langue. Au milieu de cette induration droite, au-dessous et en arrière d'une sorte de bourrelet très volumineux qui part du prolongement fissural gauche et de là se porte transversalement à droite, existe une deuxième ulcération que le miroir laryngoscopique permet seul de découvrir, et qui présente à peu près les mêmes caractères que la première. Elle est cependant plus arrondie, moins profonde, du volume d'une noisette environ, à bords également rouges, saillants, taillés à pic, à fond jaunâtre; elle se prolonge, elle aussi, en arrière vers la partie latérale droite de l'épiglotte, sous forme d'une fissure linéaire plus superficielle que la gauche, entourée de tissus mamelonnés et indurés, et de laquelle partent de petites fissures transversales, de telle sorte que la surface de la base de la langue est ainsi divisée en plusieurs mamelons.

La partie antérieure de l'épiglotte est un peu rouge et épaissie, mais non autrement altérée. Le larynx est sain.

Dans le dos et vers les lombes, on trouve quelques cicatrices sans grands caractères.

Le testicule gauche est assez volumineux, très induré, surtout vers sa partie antéro-inférieure, vers l'épididyme, qui est fort difficile à délimiter. Le testicule droit présente à peu près les mêmes caractères, mais on y sent de plus que la partie antéro-inférieure de l'épididyme est bosselée, augmentée de volume, et que la glande elle-même, fort dure, présente quelques bosselures vers la partie qui avoisine le corps d'Highmore. Au-dessus d'elle, et intimement soudée avec elle, se trouve une poche kystique fluctuante, de la grosseur d'un petit œuf de poule. Rien dans les cordons : la prostate est volumineuse, assez dure, mais non douloureuse, non bosselée; les vésicules séminales paraissent saines.

Sur le corps, on ne trouve pas trace d'éruption. Les vibrations thoraciques sont un peu exagérées au sommet droit, et il y a en ce point un léger retentissement de la voix et de la toux, mais pas le moindre râle, ni le moindre craquement.

M. le professeur Fournier porte le diagnostic de *gommes syphilitiques* de la base de la langue; il fait cautériser chaque jour les ulcérations avec de la teinture d'iode et il prescrit l'administration quotidienne de trois grammes d'iodure de potassium.

26 janvier. — Depuis le 21, le malade prend quatre grammes d'iodure de potassium dans sa journée. L'ulcération gauche a diminué de moitié, la droite est presque comblée. Les douleurs gutturales et auriculaires sont presque nulles, la déglutition est redevenue facile et la parole n'est plus embarrassée.

4 février. — On continue toujours le même traitement : la cicatrisation de la gomme droite est complète, celle de la gomme gauche est presque complète. Il n'existe plus aucun trouble fonctionnel.

8 février. — On constate que les ulcérations sont tout à fait comblées. Il n'existe plus qu'une trace de la fissure antéro-postérieure droite; la fissure antéro-postérieure gauche se voit encore, mais elle est beaucoup moins profonde. Tout autour de ces vestiges des lésions primitives, le tissu lingual reste encore un peu induré.

Exeat le 9 février sur la demande du malade. On lui prescrit de continuer chez lui l'iodure de potassium.

Digitized by Google

REVUE DE DERMATOLOGIE

LES PURPURAS.

I. — Des hémorrhagies cutanées liées a des affections du système nerveux et en particulier du purpura myélopathique, par L. Faisans. (*Thèse de doctorat*, Paris, 1882.)

II. — Purpuras hémorrhagiques. Essai de nosographie générale, par A. Mathieu. (*Thèse de doctorat*, Paris, 1883.)

III. — Des diverses espèces de purpuras, par Du Castel. (*Thèse d'agrégation en médecine*, Paris, 1883).

IV. — Note pour servir a l'histoire des purpuras, par Barthélemy. (*Arch. gén. de méd.*), 1882, décembre, page 641.)

I. « A côté des hémorrhagies cutanées liées à une simple perturbation fonctionnelle du système nerveux (émotions, hystérie, etc.), il en est d'autres qui se produisent sous l'influence d'une lésion matérielle de l'axe cérébro-spinal. Ici, au dire des auteurs, les hémorrhagies seraient surtout viscérales; quant aux hémorrhagies cutanées, elles y seraient absolument rares. Nous croyons que cette opinion est tout au moins très exagérée, et nous espérons en fournir la démonstration dans le courant de notre thèse.

« Cette étude est divisée en trois parties : dans la première nous montrons que certaines affections des nerfs périphériques (névralgies ou névrites) peuvent donner lieu, dans le territoire du nerf affecté à des hémorrhagies cutanées, sous forme d'ecchymoses ou de purpura.

« Dans la seconde nous faisons voir qu'un grand nombre d'altérations médullaires, l'ataxie locomotrice, la myélite transverse, la myélite par compression, la méningo-myélite tuberculeuse, peuvent provoquer les mêmes accidents.

« Dans la troisième enfin, nous établissons qu'il existe une forme de purpura généralisé dont le substratum anatomique est une lésion diffuse de la moelle. »

Ce préambule et cette division aussi nettement établie qu'exprimée, permettent d'aborder immédiatement l'exposé des faits nouveaux réunis par M. Faisans.

Digitized by Google

Le premier chapitre de sa thèse, consacré aux hémorrhagies cutanées consécutives aux lésions des nerfs, est rédigé d'après trois observations personnelles. Les deux premières sont relatives à des ecchymoses sous-cutanées des membres inférieurs, survenues dans le cours d'une névrite sciatique, et sur le territoire du nerf enflammé. Chez les deux malades, les ecchymoses apparurent dix à onze jours après le début des douleurs névralgiques, et au moment où ces douleurs étaient arrivées à leur apogée. Elles se montrèrent d'une façon spontanée, et présentèrent ce caractère noté par M. Straus à propos des ecchymoses tabétiques, de se produire notablement au-dessus des points qui étaient le siège des douleurs les plus vives. Le nombre des taches ecchymotiques paraît varier suivant le nombre des points douloureux et l'intensité des douleurs en chaque point. Ainsi un malade qui accusait trois points également douloureux offrait trois ecchymoses étagées sur la longueur du membre; un autre qui souffrait surtout dans le mollet, n'eut qu'une ecchymose qui occupa toute la hauteur de la jambe. Enfin le troisième malade, atteint de sciatique double, eut à la suite d'une recrudescence de ses douleurs, une éruption de purpura symétrique des deux membres inférieurs plus marqué dans le côté droit, siège des douleurs les plus anciennes et les plus vives. Dans aucun des cas observés on ne constata de troubles manifestes de la sensibilité.

Les hémorrhagies cutanées consécutives aux lésions de la moelle épinière sont mieux connues que les précédentes. A côté des ecchymoses tabétiques survenant à la suite des crises de douleurs fulgurantes, et dont l'histoire a été faite par M. Straus. (*Archives de neurologie*, 1880-1881, p. 555), M. Faisans signale 1° une éruption de purpura des deux jambes dans le cours d'une myélite transverse de la région dorso-lombaire; le malade, il est vrai, prenait de l'iodure de potassium depuis deux mois, et peut-être cette médication n'était-elle pas étrangère à la poussée éruptive; 2° des ecchymoses cutanées développées sur les membres inférieurs dans le cours d'un cancer secondaire du rachis, ecchymoses survenues comme celles de l'ataxie à la suite de crises douloureuses; 3° deux cas de purpura liée à des lésions tuberculeuses de la moelle; 4° des ecchymoses de l'avant-bras et des cuisses ayant précédé d'un mois une méningite tuberculeuse cérébro-spinale. A ce sujet, l'auteur émet cette hypothèse que beaucoup de purpuras qui surviennent à la dernière période de la tuberculose, et que l'on considère comme des purpuras cachectiques, sont peut-être sous la dépendance de lésions médullaires ignorées.

Ces hémorrhagies cutanées d'origine médullaire sont attribuées par la plupart des auteurs, à des congestions locales déterminées par une lésion des centres vaso-moteurs médullaires. M. Faisans se demande si les vaisseaux siège de l'extravasation ne présentent pas d'altérations, et s'il

Digitized by Google

ne serait pas logique d'attribuer aux *nervi-vasorum*, vis-à-vis des parois vasculaires, des propriétés trophiques semblables à celles que l'on accorde aux nerfs cutanés vis-à-vis de la peau.

Le chapitre le plus important de cette thèse est consacré à une variété de purpura que l'auteur propose d'appeler *purpura généralisé myélopathique*. Il s'agit de cette forme de la maladie appelée purpura nerveux par M. Couty (*Gaz. hebd.*, 1876, nos 36 à 40), et que l'on désigne communément du nom de purpura ou de péliose rhumatismale.

Nous passons rapidement sur les caractères classiques de cette affection pour insister avec M. Faisans sur certains phénomènes propres à éclairer sa pathogénie. Le début brusque, quelquefois annoncé par des frissons et de la fièvre, est marqué d'autres fois par des accidents locaux : œdème des deux membres inférieurs, sensation d'engourdissement, de fourmillement, de faiblesse, arthralgies. L'éruption de purpura est remarquable par sa symétrie (Rendu, Testut), quelquefois même, comme l'auteur a pu le constater, par la distribution des taches sur le trajet des nerfs sensitifs, distribution tout à fait analogue à celle des groupes herpétiques dans le zona. L'apparition des taches hémorrhagiques est habituellement accompagnée ou précédée d'œdèmes sous-cutanés fugaces et soudains, d'arthralgies dont les deux principaux caractères sont la multiplicité et l'extrême mobilité. L'éruption apparaît en général au voisinage des articulations douloureuses ; celles-ci sont quelquefois le siège d'un épanchement assez abondant, et à leur niveau la peau présente une coloration rosée. D'autres sensations pénibles sont accusées par les malades : douleurs le long des membres, fourmillements, picotements, froid. Enfin l'on peut observer divers troubles de la sensibilité ou de la motilité : hyperesthésie, thermo-anesthésie, analgésie au niveau des taches, faiblesse des membres inférieurs.

Ces accidents périphériques sont assez fréquemment accompagnés de douleurs viscérales déjà comparées par Couty aux crises viscérales des ataxiques. Il s'agit en effet de douleurs apparaissant brusquement, disparaissant au bout de un à trois jours, pour se manifester de nouveau après une rémission plus ou moins longue. Leur siège paraît être alternativement l'estomac et l'intestin. Les douleurs épigastriques sont presque toujours accompagnées de vomissements bilieux ; les coliques sont tantôt sèches (Couty), d'autres fois se terminent par un flux intestinal ou même des entérorrhagies passagères et paroxystiques.

La fièvre manque souvent, d'autres fois existe à divers degrés et paraît être en rapport avec la gravité de l'affection.

Tous les symptômes qui viennent d'être énumérés n'existent pas toujours au complet et de cette variété résultent des physionomies diverses de l'affection. M. Faisans part de cette observation pour faire le parallèle

Digitized by Google

des trois types morbides principaux de purpura : le purpura simple à forme exanthématique, le purpura rhumatismal et la maladie de Werlhof. C'est au second que se rapporte la description du purpura myélopathique, mais l'auteur se demande avec raison si les deux autres types ne peuvent pas être considérés comme la forme la plus atténuée et la forme la plus grave du purpura myélopathique. Cela simplifierait singulièrement la question encore si confuse des purpuras, mais il faut reconnaître qu'on ne peut aller aussi loin, quant à présent. Quant à l'épithète *rhumatismal* elle n'est pas toujours justifiée, les arthropathies n'étant pas suffisantes pour faire intervenir nosologiquement cette maladie ; et et quand le rhumatisme est réellement en cause, on peut admettre qu'il ne produit le purpura que par l'intermédiaire du système nerveux.

Ainsi que le fait prévoir la dénomination nouvelle catégoriquement proposée par M. Faisans, c'est dans une altération de la moelle qu'il va rechercher la pathogénie de l'affection, et il se sépare ainsi de M. Couty qui, constatant la coïncidence de poussées purpuriques, de troubles gastro-intestinaux et d'œdèmes sous-cutanés, trouve la raison d'être de cette triade symptomatique dans une lésion du grand sympathique. L'argumentation très logique de M. Faisans réside toute entière 1° dans le rapprochement de l'éruption et de sa distribution symétrique avec les troubles de la sensibilité qui l'accompagnent ; 2° dans cette donnée très vraie que toutes les manifestations concomitantes de l'éruption (arthralgies, œdèmes, crises viscérales), ont été observées dans diverses affections médullaires, ou dans des lésions expérimentales de l'axe spinal (selles sanglantes chez les chiens après sections des parties supérieures de l'isthme encéphalique (Vulpian). Le siège de la lésion causale du purpura myélopathique peut donc être placé par analogie dans les cordons postérieurs de la moelle. Quant à la nature de cette altération, elle paraît être purement congestive, ainsi qu'en atteste la mobilité et la variabilité des accidents.

Il manque malheureusement aux hypothèses pathogéniques qui précèdent la démonstration anatomique ; l'auteur lui-même le reconnaît et pose ses conclusions sous le bénéfice de cette réserve. Mais nous ne voyons cliniquement aucune objection grave à opposer aux vues ingénieuses de M. Faisans et sa thèse nous paraît de nature à jeter quelque lumière dans l'histoire très obscure des purpuras. Il serait certainement peu légitime de rattacher toutes les éruptions de ce genre à un trouble fonctionnel où une altération de la moelle ; mais cette pathogénie, une fois établie pour certains cas typiques, rendrait plus compréhensible et la diversité des causes et la diversité des formes.

II. — Attribuer à leur cause véritable un certain nombre des faits

Digitized by Google

confondus sous le nom de purpura hémorrhagique, considérer celui-ci non comme une maladie distincte, mais comme une manifestation symptomatique dont la nature et la cause peuvent être diverses, tels sont le but et l'idée maîtresse du travail de M. Mathieu. C'est œuvre de nosographie, alors que la thèse de M. Faisans est œuvre de pathogénie clinique.

Dans une sorte de préambule M. Mathieu donne une classification étiologique des purpuras et décrit les modalités diverses de l'éruption. Puis il aborde l'étude des principaux types de l'affection.

Maladie de Werlhof et scorbut sporadique. Ces deux types sont réunis dans un même chapitre à cause de leurs nombreux caractères communs et dans la pensée de l'auteur, de leur identité probable. A côté de la maladie de Werlhof à marche rapide, il existe en effet une forme lente et chronique qui ne diffère en rien du scorbut et qui peut y être rattachée.

La maladie de Werlhof (type aigu), est cliniquement caractérisée par la rapidité du début, l'insuffisance des causes, l'absence de fièvre, primitivement tout au moins. Le plus souvent bénigne, elle guérit complètement au bout de 8 ou 15 jours, mais elle peut amener la mort dans les cas graves par l'abondance et la multiplicité des hémorragies viscérales. « Aucune lésion connue, dit l'auteur, ne peut rendre compte de ce complexus hémorrhagique; la brusquerie fréquente du début porte à penser que le système nerveux n'y est pas étranger. »

La maladie de Werlhof (type chronique) se manifeste comme le scorbut sporadique par des lésions purpuriques du tégument, par des lésions des gencives, des hémorragies viscérales, etc. On sait que les hémorrhagies des bulbes pileux, longtemps considérées comme pathognomoniques du scorbut, existent dans toute espèce de purpura. Les phénomènes précèdent par poussées successives avec des rémissions plus ou moins longues. Il est possible parfois de trouver dans les circonstances extérieures quelque cause morbide : la fatigue, les privations, le séjour dans un endroit humide et froid, une alimentation défectueuse. Parfois au contraire aucune de ces causes ne se rencontre et l'affection ne peut être attribuée qu'à une sorte de misère physiologique, de prédisposition spéciale bien en accord du reste avec les récidives fréquentes du purpura hémorrhagica. La mort peut être la conséquence de l'affaiblissement général progressif ou bien du siège ou de l'abondance des hémorrhagies.

L'auteur invoque l'autorité de Grisolle, de Cazenave, de M. Jaccoud et surtout de Lasègue pour affirmer la parenté sinon l'identité de la maladie de Werlhof et du purpura hémorrhagica. Un argument qu'il aurait pu ajouter, c'est l'embarras extrême du clinicien toutes les fois qu'il se trouve en présence d'un purpura prolongé avec hémorrhagies viscérales et lésions des gencives ; les uns disent maladie de Werlohf,

Digitized by Google

les autres scorbut sporadique, et il est très légitime de penser que ces deux affections n'en font qu'une.

Purpura rhumatoïde. C'est le purpura myélopathique de M. Faisans, et, sans en rappeler la symptomatologie, nous mentionnerons ce que M. Mathieu dit de son étiologie.

« Il nous semble certain qu'une cause générale domine toutes ces manifestations et cette cause, c'est le rhumatisme ou plutôt l'arthritisme. La chose nous paraît démontrée par la constitution habituelle des malades soumis à ces accidents, par la nature de leurs antécédents personnels ou héréditaires. L'épuisement nerveux, le surmenage, peuvent peut-être par eux-même produire le même résultat. Sur les arthritiques leur influence au point de vue de la pathogénie du purpura est incontestable. Les observations de MM. Lailler et Ernest Besnier, les faits qui abondent dans la littérature médicale, nous ont donné à cet égard une entière conviction. Que le système nerveux intervienne, cela n'est pas douteux ; mais il y a quelque chose qui domine son intervention, c'est le rhumatisme et l'arthritisme. »

Quant aux causes occasionnelles, ce sont le froid, l'humidité, la fatigue.

L'influence de la diathèse rhumatismale étant prépondérante, l'affection mérite donc bien le nom de purpura rhumatoïde.

Purpuras d'origine nerveuse. C'est encore la reproduction des faits réunis par M. Faisans. M. Mathieu, après avoir énuméré les purpuras secondaires dans les affections des nerfs et de la moelle, repousse le purpura myélopathique en tant qu'espèce pathologique distincte, mais il ajoute qu'il s'en prend au titre bien plus qu'au fond très judicieux de l'argumentation de M. Faisans. Les reflexions faites à ce sujet par M. Mathieu sont légitimes, et même elles auraient gagné à être développées plus longuement. Il est évident qu'en décrivant le purpura myélopathique M. Faisans avait surtout en vue un syndrome bien déterminé par sa pathogénie. Ce syndrome peut être provoqué par toute cause susceptible d'irriter d'une manière spéciale l'axe médullaire. De ces causes les plus manifestes sont le froid et la fatigue favorisés par la prédisposition rhumatismale; et peut être d'autres influences non encore connues sont-elles susceptibles d'aboutir au même résultat.

Purpuras infectieux. Passant rapidement sur les purpuras secondaires des maladies infectieuses (fièvres éruptives, ictère grave, endocardite ulcéreuse) M. Mathieu s'attache surtout à décrire un purpura hémorragique infectieux primitif. C'est le purpura febrilis de Rayer. Il se distingue essentiellement de la maladie de Werlhof par la fièvre et les phénomènes typhoïdes qui l'accompagnent. Il s'agit là, dit-il, d'empoisonnement zymotique dont la nature nous échappe.

Digitized by Google

« Parfois la marche est rapide ; elle rappelle le début des fièvres et des typhus hémorrhagiques ; d'autres fois, elle est plus insidieuse, des symptômes d'embarras gastrique y tiennent la première place ; dans d'autres cas enfin, les manifestations articulaires, les poussées arthritiques, précèdent ou accompagnent les hémorragies (forme *pseudo-rhumatismale* des purpuras infectieux). Enfin, l'affection peut se présenter sous la forme d'un exanthème hémorrhagique fébrile. »

Prodromes de pyrexie, fièvre intense, diarrhée, vomissements, adynamie, hémorrhagies par les diverses voies, tels sont, en résumé, les phénomènes habituels du purpura infectieux qui peut emporter le malade en 24 ou 48 heures. D'autres fois, la maladie est plus lente ou plus insidieuse dans ses débuts, mais la fièvre, l'état typhoïde, l'*albuminurie*, apparaissent à un moment donné avec leur grave signification.

L'auteur rapproche avec raison ces purpuras infectieux primitifs des purpuras qui se montrent dans les affections infectieuses (blennorrhagie, traumatisme de l'urèthre, puerpéralité, diphthérie, etc.) et conclut que si le purpura peut être invoqué à l'appui de la nature infectieuse de ces maladies, celles-ci plaident en faveur du purpura infectieux.

Nous ne pouvons poursuivre plus loin l'analyse ; c'est toute la question des purpuras et on sait combien elle est vaste et difficile. En fixant quelques types morbides à titre de jalons, en simplifiant la compendieuse classification des purpuras, M. Mathieu a fait un travail utile.

III. — Comme toute thèse d'agrégation, le travail de M. du Castel est un exposé complet de l'état actuel de nos connaissances sur les purpuras. Le lecteur y trouvera donc tous les renseignements bibliographiques désirables. Mais il y a la part originale de l'auteur, et c'est elle que nous devons mettre en évidence. Naturellement son attention devait être surtout portée sur la pathogénie et sur la signification nosologique des purpuras.

M. du Castel admet l'influence prépondérante du système nerveux ganglionnaire ou médullaire sur la production des purpuras ; mais il a poussé l'analyse plus loin que les auteurs dont il a été question, et il s'est demandé comment se développe la tache purpurique. Les théories hématologiques sont trop contradictoires et trop insuffisamment étayées pour obtenir créance. Les lésions des petites artères jouent certainement un rôle important dans certains purpuras secondaires cachectiques, mais elles manquent dans les purpuras primitifs.

En somme, les altérations du sang, tout autant que les altérations des parois artérielles sont impuissantes à donner une explication rationnelle de l'éruption.

Deux examens histologiques de peaux atteintes de purpura, examens

Digitized by Google

faits par M. le professeur Cornil, ont permis à M. du Castel de proposer une interprétation nouvelle. Dans les deux cas les lésions congestives et la stase sanguine ont joué un rôle considérable. Dans le premier (observation de M. Frémont), les taches sanguines étaient presque uniquement constituées par des dilatations vasculaires, par de simples angiectasies. Il est facile de s'en convaincre en jetant les yeux sur la figure annexée à l'observation. « Dans la partie centrale de la tache, dit M. Cornil, les vaisseaux papillaires (il s'agit d'une tache de purpura de la lèvre), sont colossalement dilatés. Ils atteignent un diamètre 15 à 30 fois plus considérable qu'à l'état normal. L'extrémité libre des vaisseaux dilatés arrive tout près de la surface de la muqueuse dont ils sont séparés par deux ou trois couches de cellules épithéliales. Souvent on trouve à la place d'une anse vasculaire une dilatation vasculaire unique de forme ovoïde ou sphéroïde. La paroi des vaisseaux dilatés montre une membrane très mince, tapissée à sa surface interne par un endothélium. Autour de ces vaisseaux dilatés le tissu conjonctif de la papille est très mince ou nul, de telle sorte que les cellules épithéliales paraissent presque implantées sur la paroi. »

Mêmes caractères des vaisseaux dans le second cas (observation de M. Rigal), mais de plus infiltration de globules rouges dans le derme.

De ces deux observations, il est légitime de conclure que la stase sanguine joue un rôle capital dans la tache purpurique, et que même, à son degré le plus parfait, celle-ci est constituée comme l'a dit Hillairet par une simple angiectasie. Les colorations pigmentaires seraient plutôt la conséquence d'une exsudation. Cette notion est, du reste, en parfaite conformité avec la clinique; car dans la plupart des purpuras, les phénomènes congestifs précèdent la tache hémorrhagique.

Dans les purpuras primitifs exanthématiques, la congestion se manifeste nettement par l'érythème et l'œdème. Dans les purpuras secondaires le fait est non moins évident; il suffit de rappeler les rash scarlatiniformes de la variole qui se sèment à un moment donné de sugillations hémorrhagiques. Les médicaments qui conduisent au purpura ont aussi la propriété de provoquer l'apparition d'éxanthèmes (roséole copahique, érythème scarlatiniforme de la belladone) ou des inflammations cutanées (acné iodique). « La tache de purpura est donc le résultat, le corollaire d'un trouble de la circulation capillaire entraînant probablement à sa suite un excès de tension : celui-ci suivant son intensité provoquera une angiectasie simple ou bien l'issue des globules rouges hors des vaisseaux soit par diapédèse soit après rupture. » Cette pathogénie est plus conforme aux faits que celle basée sur des altérations hypothétiques, fluidité du sang ou fragilité vasculaire.

Dans nombre de cas, les troubles de la circulation capillaire qui déter-

Digitized by Google

minent le purpura ont eux-mêmes leur origine dans un trouble de l'innervation vaso-motrice ; celui-ci dépend lui-même, soit d'une altération du grand sympathique, soit d'une altération médullaire. Quand il y a lésion des artères ou dyscrasie par modifications des qualités plastiques du sang ou de ses éléments figurés, c'est encore la stase qu'on peut invoquer par ralentissement ou gêne de la circulation capillaire. Mais dans ces cas, la fragilité vasculaire et la fluidité du sang interviennent à titre de cause adjuvante, en favorisant la rupture du vaisseau et l'issue du sang au dehors.

Passant à la discussion des espèces du purpura, M. du Castel en établit cinq :

Purpuras rhumatismaux exanthématiques;

Purpuras toxiques;

Purpuras cachectiques;

Purpuras mécaniques.

Purpuras consécutifs à une lésion du système nerveux.

Les purpuras rhumatismaux se montrent chez les sujets arthritiques; ils paraissent se produire par l'intermédiaire de modifications peu profondes du système nerveux.

Les purpuras cachectiques surviennent chez des sujets à sang riche en fibrine, à la suite de l'hyperinose des affections chroniques ou du scorbut.

Les purpuras toxiques (médicamenteux et infectieux) s'observent à la suite de la pénétration dans le sang de principes étrangers (poisons, virus), ou de l'accumulation de principes puisés dans l'économie (ictère grave). La perturbation du système nerveux et l'altération profonde du sang peuvent s'unir pour produire ces purpuras; l'une amène l'apparition des exanthèmes fréquents en pareil cas; l'autre l'abondance et l'aspect livide des épanchements.

Le purpura mécanique survient à la suite de l'élévation de la tension veineuse. Il est généralement circonscrit et composé de pétéchies : pétéchies du pourtour des yeux après l'asphyxie qu'occasionnent les quintes de toux de la coqueluche ou les convulsions de l'épilepsie; purpura des membres inférieurs chez les sujets porteurs de varices, ou à la suite de la phlegmatia alba dolens.

Les purpuras consécutifs à une lésion du système nerveux (névrites maladies de la moelle) sont des épisodes sans importance dans le cours de ces affections.

Au milieu de ces espèces, que deviennent se demande l'auteur, le purpura simplex et le purpura hemorrhagica ? Le purpura simplex est en grande partie absorbé par les purpuras rhumatismaux exanthématiques; mais l'ébranlement nerveux (émotions), et la stase mécanique (marche

Digitized by Google

forcée, danse prolongée), les irritations reflexes (purpuras à la suite de traumatismes de l'urèthre), semblent être l'origine de l'éruption dans un certain nombre de cas. Quant au purpura hemorrhagica désigné par beaucoup d'auteurs sous le nom de maladie de Werlhof, il comprend les types les plus divers : scorbut atténué, purpuras rhumatismaux hémorragiques, purpuras infectieux, hemophilie congénitale ou acquise. En réalité le purpura hemorrhagica des auteurs n'est pas une entité morbide, pas plus que le purpura simplex. Ce sont des expressions symptomatiques communes à nombre d'états pathologiques, expressions qui n'indiquent que des degrés dans la maladie, et qui demandent un qualificatif exprimant la nature de l'affection.

La classification étiologique de M. du Castel nous paraît satisfaisante à tous égards ; elle est claire, simple et vraie. Son travail vient heureusement compléter ceux de MM. Faisans et Mathieu; et ce n'était pas trop de leurs efforts réunis pour faire cesser la confusion introduite en dermatologie d'abord par l'ancienne division en purpura simplex et purpura hemorrhagica, puis par la fausse dénomination de maladie de Werlhof, attribuée à un grand nombre d'états pathologiques différents. Les données plus précises que nous possédons sur la pathogénie des purpuras permettent aussi d'étudier avec plus de profit et sans idée préconçue les cas nouveaux qui se présenteront à l'observation. A ce point de vue encore, la savante thèse de M. du Castel marquera une phase nouvelle dans l'histoire des purpuras.

IV. — Le travail de M. Barthélemy est basé sur deux importantes observations qui méritent d'être résumées :

Observation I. — Homme de 46 ans, sans aucun antécédent pathologique, pris de purpura le 20 avril, au milieu d'une santé satisfaisante. Début par des hémorrhagies diverses : hématurie, melaena, hémorrhagies sous-conjonctivale, labiale, gingivale, buccale, palato-pharyngienne et sous-cutanée. Pas d'amélioration malgré 1 gramme de sulfate de quinine par jour.

Entrée à l'hôpital Saint-Louis, le 23 avril. A ce moment, température rectale à 38°, 6. Faiblesse et pâleur livide de la peau et des muqueuses. Taches hémorrhagiques miliaires et lenticulaires sur les membres inférieurs et l'abdomen. Douleur violente au niveau de la vessie qui est énormément distendue et remplie de sang, celui-ci, probablement coagulé, ne sort qu'en petite quantité par le cathétérisme.

Traitement hémostatique et stimulant.

24 *Avril.*— Température rectale, à 38°,3. Pouls à 130. Dépression profonde. Ténesme vésical violent dû à la présence d'énormes caillots que les injections répétées d'eau chaude parviennent à peine à fragmenter. Mélaena. Hématémèse.

Injections hypodermiques d'ergotine et d'éther. Inhalations d'oxygène.

25 *Avril.* — Amélioration. Hémorrhagie limitée à la vessie. Gencives absolument intactes.

Digitized by Google

Examen du sang par Balzer : augmentation très légère des leucocytes. Micrococcus très petits et peu nombreux.

Examen des urines : micrococcus et bâtonnets très nombreux (trois cathétérismes avant l'examen).

Dans la journée, quelques crampes dans les jambes ; premier épistaxis.

26 *Avril.* — Fièvre modérée, mais dépression profonde. Hématurie noire continue. Taches sanguines plus nombreuses sur le tégument externe. Ecchymose sous-ombilicale. Infiltration sanguine profonde autour de l'anus.

Vessie toujours distendue comme un utérus au sixième mois de la gestation ; évacuation complète non possible à cause des caillots. Incontinence par regorgement.

27 *Avril.* — Augmentation de l'adynamie. Hémorrhagies cutanées diffuses. Mort dans la journée.

Les lésions les plus caractérisées constatées à l'autopsie après l'infiltration sanguine diffuse de la peau, du tissu cellulaire et des muscles, sont : 1° dans le foie et dans les reins, de petits foyers d'extravasation leucocytique autour des vaisseaux avec état granuleux des cellules propres de ces parenchymes, altérations identiques à celles des maladies infectieuses ; ces organes sont de plus remplis de microbes, mais on ne peut en tirer aucune conclusion, étant donné l'état de putréfaction du cadavre 2° ; l'infiltration de cellules rondes en abondance dans la muqueuse de l'estomac, indiquant une lésion inflammatoire très intense de cette membrane ; 3° la destruction de la muqueuse vésicale par le sang extravasé dans les tuniques de ce réservoir.

Rien de spécial, sauf la décoloration anémique du côté des poumons et du cœur. Rate petite et molle.

Les vaisseaux sanguins de la peau ne présentent aucune altération appréciable.

L'examen histologique a été fait par Balzer.

Observation II. — Femme de 35 ans, prise, après dix mois de séjour à la prison Saint-Lazare, de purpura. Une nourriture insuffisante consistant surtout en légumes secs, doit être notée au point de vue étiologique ; ce régime avait même déterminé peu de mois auparavant une attaque de choléra.

Une simple sensation de lassitude et de refroidissement avait accompagné l'éruption purpurique, consistant en taches miliaires généralisées sur tout le tégument. Le deuxième jour, saignement des gencives ; le sixième, hémorrhagie et, peu après, hématurie.

L'examen du sang, fait par M. Quinquaud à l'entrée de la malade, ne révèle d'autre altération qu'une diminution du nombre des hématies, qui est de 2,966,000.

Purpura miliaire, lenticulaire, nummulaire sur la peau ; suffusions sanguines sous-cutanées. Taches purpuriques sur la muqueuse buccale.

Pas de fièvre, ni de lésion viscérale. Diminution graduelle et guérison de ce purpura, qui est resté continuellement apyrétique.

L'auteur se demande, en terminant, à quelle variété l'on peut rattacher ces deux observations de purpura. Malgré la ressemblance des symptômes, il est évident, dit-il, que ces deux affections étaient très différentes l'une de l'autre, non seulement par le *terrain* sur lequel elles évoluaient, mais encore par leur *nature* même. A cet égard, ces obser-

Digitized by Google

vations viennent confirmer l'importance de la division faite autrefois par Rayer et surtout affirmée par Lasègue en purpura fébrile et purpura apyrétique. M. Barthélemy reproduit à cette occasion la classification de Rayer telle qu'il l'a élargie dans la traduction de Duhring.

Les cas de M. Barthélemy trouvent du reste facilement leur place dans les cadres nouveaux proposés par M. Mathieu et M. Du Castel. Le premier répond au purpura infectieux et le second se rapproche beaucoup par ses causes et sa marche du scorbut sporadique ou du type chronique de la maladie de Werlhof. P. MERKLEN.

Digitized by Google

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

SYPHILIS VISCÉRALES.

I. — Leçons sur les gommes syphilitiques du pharynx, par R. Clément Lucas (*The Practitioner, février* 1883. p. 115).

II, — De l'hépatite syphilitique des enfants, par Hugo Engel (*American Journal of obstetrics and of diseases of women and children*), janvier 1883. p. 97).

III. — Cas de syphilis pulmonaire. Diagnostic différentiel entre la syphilis et la tuberculose des poumons par Engel (*Philadelphia Med. Times*, octobre 1882, analysé dans *London Med. Record* 15 février 1883. p. 60.

IV. — De la syphilis pulmonaire, par le Dr Pancritius. (1 vol. in-8°, chez A. Hirschwald, Berlin.)

V. — Gommes du cœur, par Henderson. *Lancet* 25 Novembre 1882. — analysé dans *London Med. Record*, 15 février 1883. p. 61.

I. — L'auteur rapporte deux beaux cas de gomme du pharynx qu'il a pu observer récemment.

1° Le premier est celui d'une femme chez laquelle l'affection avait pris un développement assez grand pour apporter un obstacle presque complet à la déglutition : aussi était-elle arrivée au dernier degré du marasme. Lorsqu'elle entra à l'hôpital, son anxiété respiratoire était extrême : au fond de la cavité buccale, on voyait une tumeur énorme qui obstruait le pharynx, et venait comprimer en avant l'orifice du larynx : elle avait l'aspect d'un abcès rétro-pharyngien. Quand on la pressait avec le doigt, on éprouvait une certaine sensation de mollesse, mais non la sensation d'élasticité que donne un abcès. Cette femme avait été mariée à l'âge de 15 ans à un marin dont elle avait eu 5 enfants qui moururent tous quelques semaines ou quelques mois après leur naissance, à l'exception d'un seul qui vécut jusqu'à l'âge de 3 ans, et mourut alors de convulsions. Deux ou trois ans avant son entrée à l'hôpital elle vit se former sur la poitrine, au-dessous du genou gauche, à la partie externe du bras gauche et du bras droit, des tumeurs qui s'ouvrirent bientôt et donnèrent lieu à des

Digitized by Google

ulcères. D'autres gommes apparurent encore dans la suite, et la malade en porte les cicatrices.

C'est vers la fin de décembre 1879 qu'elle commença à avaler difficilement, mais elle ne souffrait pas de la gorge : puis la respiration devint difficile, et un chirurgien essaya de ponctionner la tumeur, mais il n'en sortit que du sang. Elle n'entra à l'hôpital que le 11 octobre 1880 ; on lui fit prendre de l'iodure de potassium à doses massives. L'effet en fut magique ; les ulcères ouverts se fermèrent rapidement, et la gomme du pharynx se résorba : il en fut de même de toutes les autres gommes que portait la malade, et qui ne s'étaient pas encore ouvertes lorsqu'on commença le traitement.

2° Le deuxième malade était un homme, âgé de 53 ans, et qui vint en juillet 1881 consulter l'auteur pour une tumeur de la grosseur d'un œuf située au-dessous de l'angle gauche de la mâchoire. Elle était très dure, adhérente aux parties voisines, et ressemblait au premier abord à une tumeur maligne. Il avait de plus sur la paroi postérieure du pharynx au même niveau que la surface de la langue, une ulcération largement excavée, à fond grisâtre, à bords épaissis : elle le gênait beaucoup pour avaler. Elle pouvait fort bien être prise pour un épithélioma, mais ce n'en était pas le siège, et de plus le malade avait pris la syphilis il y a 6 ans, avait eu des accidents secondaires, et avait été traité d'une façon fort irrégulière par plusieurs médecins et pharmaciens pendant les deux premières années. Il avait eu ensuite sur le tronc et sur les extrémités de grosses pustules qui avaient formé des ulcérations, et dont quelques-unes avaient laissé des cicatrices. En 1879, il avait eu du psoriasis palmaire syphilitique qui depuis lors n'a jamais disparu. Il se plaignait d'un mal de tête persistant, et il portait une petite gomme sur le pariétal gauche. On le traita par l'iodure de potassium (10 grains 3 fois par jour) et par des frictions d'onguent mercuriel. En un mois, l'ulcération pharyngée fut guérie, et en octobre on pouvait à peine en apercevoir quelque trace : quant à la tumeur du cou elle n'avait plus que le volume d'une noix. En décembre elle n'avait plus que celui d'une noisette, en février que celui d'un pois, et les autres symptômes de syphilis avaient disparu.

Les gommes du pharynx aussi volumineuses que celle du premier cas sont rares, et on peut fort bien les confondre au premier abord avec des abcès rétro-pharyngiens. On peut également les prendre soit pour des tumeurs graisseuses développées dans le tissu cellulaire rétro-pharyngien (lésion fort rare, et dont l'auteur a vu un cas mortel chez un enfant de 4 ans,) soit pour un anévrysme de la carotide interne, qui peut faire saillie dans le pharynx et occasionner une extrême dysphagie ; mais cette

Digitized by Google

dernière tumeur est pulsatile et s'affaisse quand on comprime la carotide primitive. L. B.

II. — L'auteur commence par rapporter le cas suivant :

La malade est une petite fille de 10 ans dont les parents sont vivants et paraissent jouir d'une bonne santé : elle n'a eu aucune des maladies habituelles de l'enfance. Il y a un an elle commença à être souffrante, à perdre l'appétit, à maigrir, à éprouver une sensation de lassitude générale sans être soulagée par aucune médication. L'abdomen augmenta graduellement de volume; les forces disparurent, et, à la fin, il lui fut impossible de se lever, Elle prit un aspect cachectique, face ridée, yeux excavés sans expression, peau d'un jaune sale, émaciation fort accentuée ; enfin elle avait cette apparence sénile que l'on rencontre chez les enfants atteints d'une tare héréditaire. L'abdomen était très distendu par un épanchement ascitique ; il y avait de la circulation collatérale ; mais il était impossible de délimiter le foie. La malade avait des dents d'Hutchinson.

On fit par exclusion le diagnostic de syphilis héréditaire tardive, et plus spécialement celui d'hépatite syphilitique. La ponction de l'abdomen donna près d'un gallon (4 litres 1/2) d'un liquide légèrement opaque jaunâtre contenant beaucoup d'albumine. On fit des frictions mercurielles sur les parois abdominales, et on administra l'iodure de potassium à doses croissantes. Au bout de deux mois de ce traitement, vers le 10 avril, l'enfant était en bonne santé.

Après la ponction, on vit que le foie s'étendait en bas jusqu'à un demi-pouce de la crête iliaque, il était lisse, un peu sensible ; son bord était uni et régulier. La rate était un peu grosse. Le liquide ne se reproduisit plus. Après la guérison le foie dépassait encore de trois doigts le rebord des fausses côtes : mais au bout de plusieurs mois, il avait repris ses dimensions normales, ainsi que la rate.

En 1872, l'auteur observa un autre cas identique chez une petite fille de 7 ans, dont les dents ne présentaient rien de particulier. Aucune des médications que l'on institua ne parvint à modifier l'ascite, jusqu'à ce que l'on eut l'idée d'employer les frictions mercurielles et l'iodure de potassium à l'intérieur. On obtint ainsi une guérison complète, et cette enfant est maintenant une jeune dame d'une parfaite santé.

L'auteur recherche ensuite quelle est la nature de cette lésion hépatique, et il en fait un processus morbide très voisin de l'inflammation chronique de la cirrhose alcoolique : il croit qu'on peut la désigner sous le nom de cirrhose hypertrophique plus ou moins circonscrite.

Chez les enfants, le diagnostic est fort difficile, surtout si l'on ne trouve pas d'antécédents nets de syphilis. Il faut alors rechercher avec soin s'il n'existe pas sur le corps de cicatrices, et si la charpente du nez n'est pas effon-

Digitized by Google

drée. Quant à la forme spéciale des dents qu'Hutchinson regarde comme caractéristique de la syphilis héréditaire, l'auteur n'attache pas une grande importance à ce signe, car il a vu des enfants qui étaient des syphilitiques héréditaires avérés ne pas avoir les dents d'Hutchinson, et d'autre part il a rencontré ces dents chez des enfants qui n'étaient certainement pas syphilitiques. Cependant, dans les cas douteux, ce signe pourrait avoir quelque valeur.

Les points qui permettent pour l'auteur d'établir le diagnostic d'hépatite tenant à la syphilis héréditaire sont les suivants :

1° Antécédents morbides pendant l'enfance, ayant duré longtemps, et sans cause connue.

2° Coloration toute particulière des téguments : aspect quelque peu cachectique de l'enfant.

3° Ascite à développement graduel, sans aucune des causes ordinaires telles que la péritonite tuberculeuse, etc.., Sans douleur, sans tendance aux hémorrhagies par les muqueuses; foie très volumineux, à bord lisse; rate hypertrophiée.

4° Dyspepsie concomitante, mais aucun autre symptôme.

5° Succès complet du traitement antisyphilitique qui non-seulement fait disparaître la lésion, mais encore améliore beaucoup la santé générale (nutrition, appétit, digestion, couleur de la peau, etc.).

6° Ce fait assez particulier que tous les cas d'hépatite diffuse causés par la syphilis héréditaire ont été observés chez des filles. L. B.

III. — Il s'agissait d'un homme de 32 ans, dans d'excellentes conditions d'existence, qui paraissait être à la dernière période de la tuberculose lorsqu'on le vit pour la première fois, en avril 1881. Il était grand, svelte, pâle, avec des plaques d'un rouge pourpre sur les pommettes, les yeux étaient enfoncés, mais brillants, la poitrine plate, les doigts longs, osseux, et la toux caverneuse. A 24 ans il avait eu un chancre, qui fut suivi d'une éruption syphilitique, de maux de gorge et d'alopécie. Il fut bien traité et sembla guéri aux bout de deux ans environ. Vers l'âge de 30 ans, il commença à se plaindre de douleurs ostéocopes qui étaient surtout vives la nuit, puis une ulcération se forma sur le tibia gauche. En 1880, il commença à tousser, puis il maigrit, eut des sueurs nocturnes, et pendant deux mois cracha le sang et des masses d'un brun grisâtre. Il n'avait aucun antécédent de tuberculose. A gauche, au-dessous de la clavicule, on trouvait de la matité, et un peu plus bas tous les signes d'une excavation. Au sommet droit l'expiration était prolongée et on y entendait ainsi qu'en arrière des deux côtés des râles secs et humides. Les ongles n'étaient pas hippocratiques. Ce dernier signe joint aux crachats particuliers et à l'ulcère de jambe fit faire au Dr Engel

Digitized by Google

le diagnostic de lésion syphilitique. Sous l'influence de frictions mercurielles et d'administration d'iodure de potassium, le malade guérit. L. B.

IV. — Niée pendant longtemps, la syphilis pulmonaire n'a été véritablement reconnue que dans ces dernières années, comme pouvant constituer une des manifestations viscérales de l'intoxication spécifique.

Depuis quelque temps, des thèses, des articles de journaux, des communications aux sociétés savantes, ont été publiés sur ce point de pathologie spéciale.

Pour aujourd'hui, nous nous bornerons à dire quelques mots de l'important mémoire que le Dr Pancritius a consacré à la syphilis des poumons. Ce volume, de 200 pages, comprend l'histoire complète de ce que nous savons aujourd'hui sur cette question. On n'y trouve rien de bien nouveau, mais un exposé fidèle, détaillé, des travaux antérieurs.

Du reste, dans le poumon comme dans d'autres organes, la syphilis se termine toujours par des lésions de même ordre, gommes ou scléroses.

Voici, sur ce sujet, la définition de Pancritius : la pneumonie syphilitique est caractérisée par la tuméfaction, la prolifération, l'hypertrophie, l'hyperplasie du tissu conjonctif interstitiel interalvéolaire et péribronchique des poumons consécutivement à l'inflammation produite par le virus syphilitique. C'est donc par excellence une maladie de la trame pulmonaire. Elle a une marche progressive de dedans en dehors.

Le siège de prédilection de la syphilis pulmonaire paraît être dans le lobe moyen, au niveau du hile.

La grosse et la grave difficulté, dans tous les cas, est le diagnostic d'avec les lésions tuberculeuses. Les symptômes objectifs sont les mêmes dans les deux cas; seul, le siège de la lésion, qui est absolument différent, offre une lumière précieuse, c'est même un des points les plus essentiels dont il y ait à tenir compte pour décider de la spécificité de la lésion pulmonaire.

Selon M. Schnitzler, il y aurait en outre toujours coexistence de lésions laryngées spécifiques et de syphilis pulmonaire. Cet auteur aurait constaté cette coïncidence dans tous les cas qu'il a eu l'occasion d'observer.

Mais, le criterium par excellence, c'est le traitement par les préparations mercurielles et iodurées; c'est là la véritable pierre de touche. On leur a dû des succès vraiment inespérés, cas remarquables rapportés par Fournier et de v. Cube, etc...

L'auteur termine son mémoire par un grand nombre d'observations (105); dans la plupart de ces cas, colligés avec soin, la syphilis avait son siège dans le poumon droit, 76 fois sur 105; ce fait avait déjà frappé d'autres observateurs.

Chancre mou, sclérose chancreuse, sont, il est vrai, notés indistinc-

Digitized by Google

tement dans ces observations comme origine de la syphilis; nous n'avons pas besoin d'ajouter que nous repoussons énergiquement de pareilles données étiologiques ainsi formulées sans tenir compte de la présence méconnue, mais indubitable du chancre, chancre dont la coexistence avec la blennorrhagie et la chancrelle est, pour nous, aussi démontrée que la loi ci-dessus de coexistencc du syphilome pulmonaire avec les affections laryngiennes de même nature.

La monographie du Dr Pancritius, riche de faits cliniques, sera consultée avec fruit par tous ceux qui s'intéressent à la syphilis et surtout aux parties relativement inexplorées de la spécialité, parties, qui justement, concernent les altérations les plus graves, les plus capables de devenir mortelles faute d'un diagnostic exact. Dr A. DOYON.

V. — Un homme âgé de 30 ans fut apporté mourant à St Mary's Hospital, et succomba en quelques minutes. Il avait paru toujours bien portant, lorsqu'il commença quinze jours avant sa mort à se plaindre de faiblesses et de douleurs à la région précordiale. En allant à son travail il chancela subitement, tomba et perdit connaissance jusqu'à ce qu'il rendit le dernier soupir. — *Autopsie* — Le cœur pesait 13 onces 1/2. Le péricarde au niveau du ventricule gauche était parsemé d'élevures pâles, d'un blanc jaunâtre; il y en avait aussi une ou deux sur le ventricule droit. L'endocarde de la paroi antérieure du ventricule gauche était parsemé de nodules semblables. Dans le septum, il y avait une masse de tissu fibroïde s'étendant dans la substance musculaire qui était ainsi pénétrée par un tissu ayant les caractères de la gomme. Les petits vaisseaux étaient rétrécis par suite de l'épaississement de leurs parois. Le foie portait une cicatrice fibroïde, déprimée, sur le lobe droit. La rate était congestionnée, ferme et adhérente aux parois abdominales. Les autres organes étaient sains. L. B.

Digitized by Google

TRAVAUX A CONSULTER.

Inflammation syphilitique de la capsule de Glisson, par le Dr Sharkey. (*Pathological Society of London*, 16 janvier 1883.) (*British med. Journal*, 20 janvier 1883.)

Syphilis viscérale, par Normand Moore. (*Pathological Society of London*, 6 février 1883.) (*British med. Journal*, 10 févr. 1883, p. 254.)

Dactylite syphilitique, par Sturgis. (*Journal of cutaneous and venereal diseases*, n° 2, 1882.)

Perte totale du pénis consécutive à un ulcère vénérien, par Remondino. (*Journal of cutaneous and veneral diseases*, n° 2, 1882.)

Épidémie de syphilis due à une sage-femme syphilitique. (*British med. Journal*, 20 janvier 1883.)

Endartérite cérébrale syphilitique, par le Dr Wyeth. (*New York Pathological Society*, 10 janvier 1883.) (*The medical Record*, 3 février 1883, p. 132.)

Digitized by Google

VARIA.

DU MODE D'ENSEIGNEMENT DE LA DERMATO-SYPHILIGRAPHIE CONTEMPORAINE.

VIENNE, PARIS, LYON.

par le Dr A. DOYON, médecin-inspecteur des eaux d'Uriage.

(*Fin.*)

Passons maintenant au deuxième centre d'études et d'instruction spéciales existant en France.

A Lyon, il en est tout autrement jusqu'à présent, un concours spécial (et j'entends par là concours à programme spécial et à jury spécial) institue l'élu pour douze ans *chirurgien en chef* de l'Antiquaille (1), puis pendant six ans médecin des Chazeaux (hôpital annexe du premier) (2).

Depuis la création de la faculté de médecine à Lyon, cet hôpital a reçu un nouveau service, et cela dans des conditions qui sont supérieures même à celles de Vienne, en ce sens qu'une salle d'enfants est annexée aux salles d'hommes et de femmes.

On a installé aussi une salle de cours, un laboratoire, une bibliothèque et un musée. Cette organisation qui ne laisse rien à désirer, est dûe à l'intelligente initiative, au zèle soutenu de M. le professeur Gailleton, auquel nous sommes heureux de rendre ici un public hommage pour l'énergie et l'activité qu'il a mises à compléter et perfectionner tout ce qui concerne l'enseignement à Lyon. Notre savant confrère et ami est chargé du cours de dermato-

(1) Hôpital des maladies vénériennes et cutanées.

(2) On peut toutefois se demander pourquoi c'est un concours dit de *chirurgie* qui ouvre les portes de cet asile des dermatoses et de la vérole ?

Je sais bien que dans les salles des enfants qui constituent le service du *chirurgien major* pendant ses six premières années, ce sont les scrofuleux qui dominent et que là il y a souvent lieu à une intervention opératoire. Et même, à ce propos, en raison de la situation particulièrement salubre de cet hôpital, sur un côteau ombragé tourné au levant, n'y aurait-il pas lieu d'y créer une véritable division de chirurgie destinée exclusivement aux scrofuleux.

Jusqu'au jour où l'on enverra les enfants scrofuleux, l'hiver, sur les plages de la Méditerranée et, l'été, sur les sommets alpestres, ces petits malades se trouveront déjà mieux sur les hauteurs ensoleillées de l'Antiquaille que dans l'intérieur de la grande ville.

Notons encore que le chirurgien nommé de l'Antiquaille doit faire jusqu'à son entrée en fonctions le service des suppléances de chirurgie dans les autres hôpitaux de Lyon.

Cette explication était nécessaire, car, à l'étranger, tout en rendant justice à la pensée qui fait du grand hôpital dermato-syphiligraphique de Lyon une vivante pépinière de spécialistes, on ne laisse pas que de s'étonner quelque peu du mode d'affectation des services qui au premier abord paraît étrange.

Digitized by Google

logie et de syphiligraphie à la faculté de médecine, il fait deux fois par semaine des leçons cliniques sur les deux spécialités, à des heures expressément choisies pour permettre aux étudiants d'y assister, sans manquer aux cliniques des autres hôpitaux. C'est là un acheminement vers ce qui se passe à Vienne. Il est seulement regrettable que les autres leçons cliniques, médicales, chirurgicales, obstétricales, ne soient pas échelonnées aux différentes heures de la journée. Ce serait là le plus sûr moyen, sinon le seul, de voir affluer à Lyon les jeunes médecins désireux de se perfectionner, simultanément pour toutes les branches de la médecine, dans les études cliniques et les travaux pratiques. Ce pas important sera-t-il bientôt fait ? C'est justement des organisateurs d'une faculté naissante qu'on a le plus de chance de l'obtenir. Et nous sommes sûrs que cette proposition de réforme, non seulement n'aura pas d'obstacles à craindre, mais trouverait l'aide la plus empressée dans notre administration hospitalière. Elle sait et elle prouve chaque jour, par des actes, que *l'enseignement*, qui, règlementairement lui est étranger, est, en fait, son meilleur auxiliaire ; que tout ce qu'elle dépense en faveur des cliniques, se capitalise pour retomber en secours plus éclairés, en soins plus dévoués à ses pauvres malades. (1)

Il est une justice encore que nous tenons espressément à rendre, et à l'ancienne administration, et aux éminents chirurgiens qui ont fondé *l'Ecole de l'Antiquaille.*

Le premier concours qui ait donné des chefs de service à l'Antiquaille remonte seulement à 1837, et cet espace relativement si court de 46 années a suffi à notre école dermato-syphiligraphique lyonnaise pour établir ses titres scientifiques avec un éclat qui ne le cède en rien à celui de toute autre école nationale ou étrangère.

Aussi ne saurions-nous mieux faire pour caractériser les titres scientifiques des premiers chirurgiens de l'Antiquaille que d'emprunter quelques passages au discours par lequel l'éloquent président du conseil d'administration des hospices de Lyon, M. Sabran, vient tout récemment (19 janvier 1883) de clore le dernier concours de l'Antiquaille :

« Baumès (nommé en 1837) commença à fonder l'école par son enseignement et par la publication de deux ouvrages importants, le *Traité des maladies vénériennes*, resté longtemps classique, et le *Traité des maladies de la peau*. Dans ce dernier et remarquable ouvrage, Baumès est le défenseur convaincu des doctrines auxquelles on revient aujourd'hui, relativement à l'influence des états constitutionnels sur l'évolution des affections cutanées.

« Il ne nous reste de notre premier chirurgien-major que le souvenir et

(1) A l'hopital des Chazeaux, d'importantes améliorations ont été réalisées depuis un an sous l'intelligente et énergique initiative de M. Horand, le chirurgien actuel. Ainsi, on a donné aux femmes des peignoirs semblables à ceux qui existent à Vienne, ce qui permet un examen aussi rapide que complet; on a créé une salle vaste très claire pour l'enseignement clinique, et enfin, un ouvroir spécialement destiné à ce service, dans lequel les femmes viennent passer la journée et où elles peuvent s'occuper à des travaux de couture ou lire. Ce sont là autant d'améliorations de la plus grande utilité pour les malheureuses prostituées qui, jusqu'à présent, restaient absolument oisives dans leurs salles, c'est à dire au sein des plus mauvaises conditions morales et hygiéniques possibles. S'il y a encore une chance pour leur régénération, n'est-ce pas par le travail ainsi institué qu'on peut l'espérer.

Digitized by Google

les travaux, mais nous avons le bonheur de voir tous ses successeurs continuer par la plume, la parole et l'action, la grande œuvre inaugurée en 1837.

« Il ne m'est plus permis dès lors de citer des noms propres, mais je ne puis cependant oublier que dans cette pléiade de chirurgiens, il en est un qui depuis plus de 40 ans, est toujours sur la brèche, dans les congrès, les sociétés savantes, le journalisme, qu'il a touché à tous les points avec sa verve étincelante, son remarquable talent de plume et de parole et qu'il a laissé partout les traces de son esprit original et pénétrant.

« Je ne puis oublier non plus qu'un autre, dont la puissante intelligence approfondit tout ce qu'elle aborde, a dissipé par la création du chancre mixte, toutes les obscurités qui voilaient la question de la dualité chancreuse, a fondé, contre et malgré l'autorité de Ricord, la doctrine de la contagiosité des accidents secondaires avec ses magnifiques conséquences relatives à la syphilis vaccinale, à la syphilis des verriers, à la syphilis des nouveau nès et des nourrices (1).

Nous n'aurions su aussi bien dire et les applaudissements qui, après avoir souligné les significatifs passages de ce discours, ont salué la péroraison, montrent assez combien les paroles du chef de l'administration répondaient aux sentiments de tous, avec quelle certitude il est permis d'affirmer que cette appréciation portée sur les chefs de l'école de l'Antiquaille sera, nous en sommes certains, ratifiée par nos lecteurs.

Il est juste aussi de dire que l'administration, toujours soucieuse de la gloire de notre École, avait. dès la création du majorat de l'Antiquaille, établi dans son règlement que le chirurgien major de cet hospice devrait chaque année professer un cours *clinique* sur les maladies vénériennes et cutanées. Telle est l'origine de cet enseignement, qui a été de tout temps des plus élevés et des plus pratiques.

Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis 46 ans, tous les chirurgiens ont

(1) Signaler par leurs traits distinctifs deux des anciens *majors* qui ont porté le plus haut le renom de notre école lyonnaise suffisait au but que l'éminent et judicieux chef de l'administration lyonnaise s'était proposé dans un discours d'apparat. Mais nous devons parer à une déviation possible de l'opinion en rappelant que le genre particulier de mérite, — si pertinemment mis ici en relief — de nos deux maîtres n'a eu rien d'exclusif ; que M. Diday, par exemple, a donné la mesure de ses qualités de pathologiste dans son *Histoire naturelle de la syphilis* ; et M. Rollet, à son tour, de ses qualités de littérateur dans les piquants et lumineux commentaires qu'il a publiés sur la *maladie de Job* et sur la *blessure d'Alexandre le Grand*. A ce propos et d'un point de vue plus général, nous sera-t-il permis de faire rosssortir le degré particulier de perfection de forme qui est comme le cachet des productions d'une spécialité si souvent et si arbitrairement ravalée en raison de l'objet de son étude ! Il n'éprouvera nul embarras à la venger de ces ignares dédains, celui qui, un jour, sans même énumérer intégralement ses services réels, n'aura, pour la peindre ressemblante qu'à emprunter à Paracelse son auréole poétique ; à Fernel son pinceau digne d'Arétée ; à Ricord le sel de ses éternellement populaires *Lettres sur la syphilis* ; à Diday son œuvre entière de publiciste ; à Rollet son style modèle du genre didactique, style — c'est tout dire — à la hauteur de ses conceptions originales ; à A. Fournier la délicatesse de ses conseils intimes sur le plus délicat des problèmes intimes ; au dernier enfin, à celui que Lyon revendique avec orgueil. n'ayant pu le retenir ; à L. Jullien la magistrale ordonnance et l'élégante exécution de son traité né classique ; aux législateurs de la prostitution, Parent-Duchâtelet, Jeannel, Garin leur chaste et fine plume ; à Prosper-Yvaren, enfin, *Ses métamorphoses* à travers lesquelles il nous apparaît tour à tour le plus sûr des praticiens et le plus digne émule des premiers chantres du mal *protéiforme*.

Digitized by Google

tenu à honneur, pendant le cours de leur majorat, de continuer cette noble tradition et tous ont su, par leur zèle et leur savoir, maintenir à sa hauteur l'enseignement des dignes fondateurs de cette école et faire profiter les élèves des résultats de leur expérience (1).

Néanmoins, les choses se sont bien améliorées depuis 1837. Autrefois, les chirurgiens de l'Antiquaille étaient nommés pour six ans seulement. A quels résultats ne seraient-ils pas arrivés, s'ils avaient disposés de dix-huit ans dont jouissent à présent leurs successeurs, des hommes comme Beaumès, Diday et Rollet, eux qui dans un si court laps de temps (1) ont tout fait pour les progrès de la dermatologie, de la vénérologie et de la syphiligraphie (2).

Revenons sur nos pas, et mieux informés sur ce qui a lieu chez nous, voyons maintenant ce qui se passe à Vienne quant aux diverses phases de l'avènement des spécialistes dans les hôpitaux d'enseignement : en Autriche, un *Secundararzt*, après avoir fait des études complètes de médecine générale, demandera à entrer à ce titre dans un service de dermatologie ou de syphiligraphie et tout en y passant une partie de la journée, il pourra encore perfectionner ses études en suivant d'autres cours cliniques.

Une fois initié à fond aux difficultés que présentent les maladies de l'appareil tégumentaire et les maladies vénériennes et syphilitiques, il aura à préparer une thèse *spéciale* sur un sujet laissé à son choix de dermatologie ou de syphiligraphie, et il pourra se faire recevoir *privat docent* (agrégé) et entrer comme *assistant* dans un des services spéciaux.

Parvenu à ce point. s'il possède les qualités d'un véritable chef de clinique, il pourra rester là plusieurs années, deux, quatre, six et même plus, faisant chaque jour la visite des salles avec le professeur, le remplaçant au besoin. Obligé de loger dans l'hôpital, il est constamment en contact avec ses malades, il peut les voir, les étudier à chaque instant du jour, à chaque période de leur affection. Il a à sa disposition : malades, laboratoires, bibliothèque, musée, etc., tout est sous sa main.

De plus, lui aussi fait des cours payants cinq fois par semaine, cours cliniques toujours avec présentation des malades du service. Ces leçons utiles aux élèves, ne le sont pas moins pour ces jeunes professeurs qui se familiarisent ainsi avec l'enseignement qu'ils seront un jour appelés à faire.

Outre ces leçons quotidiennes payées par les élèves, ils ont en outre souvent des leçons particulières. De jeunes médecins étrangers, pressés par le temps et n'ayant pas eu l'occasion d'étudier cette spécialité, viennent réclamer d'eux une initiation complémentaire et pratique.

(1) Faut-il s'en tenir à cette simple remarque dubitative ? Sans formuler une comparaison désobligeante pour les personnes, ne pourrait-on pas se demander rien qu'en pesant l'apport d'ouvrages de librairie fourni durant les deux périodes, si la limitation du temps de service n'a pas le don de fouetter le zèle, de surexciter l'énergie créatrice ? Il ne s'attarde pas dans les lenteurs de l'incubation de son œuvre, celui qui sait que demain lui sera refusé.

(2) La tendance, aujourd'hui réalisée, à décréter cette prolongation de service s'était déjà fait jour au sein de l'administration des hôpitaux. Par suite de la transition de l'un des systèmes à l'autre, M. Rollet — et personne ne s'en plaignit — vit la durée de ses fonctions augmentée de trois ans. D'autre part, je tiens de M. Diday, que dès sa première année de majorat, 1843, l'ancienne administration de l'Antiquaille lui avait proposé — ouverture qu'il déclina — de retarder de quelques années le concours qui devait réglementairement lui donner un successeur au bout de six ans d'exercice.

Digitized by Google

Si plus tard notre jeune médecin quitte l'*assistenat*, il pourra néanmoins continuer à faire des cours à l'hôpital et avoir pour chacune de ses leçons des malades qu'il devra à la courtoisie du professeur ou de l'*assistant* en fonction.

Dans ces conditions, il attendra plus ou moins longtemps suivant les circonstantes, mais il attendra sans plus de détriment pour son instruction que pour son avenir, une place dans une Université ou de *Primararzt* (médecin en chef) dans un hôpital.

Si l'on veut bien réfléchir aux conditions si différentes entre Paris, Lyon et Vienne, on comprendra facilement pourquoi les jeunes médecins étrangers désertent aujourd'hui nos hôpitaux pour affluer de plus en plus nombreux dans les Universités de l'Allemagne et surtout de l'Autriche.

A Vienne, sur ce territoire hospitalier, dans cet *allgemeine Krankenhaus*, libéralement ouvert, et avec ses nombreuses ressources offertes à quiconque veut travailler, tout concourt à ce but. Nous l'avons déjà dit, mais il faut le répéter, et cela bien plutôt pour l'instruction de ceux qui pourraient si aisément le faire, que pour l'éloge de ceux qui le font et s'en trouvent si bien. Toutes les cliniques se trouvent réunies et se font à des heures différentes, aussi le médecin étranger qui n'a plus à s'occuper de cours théoriques mais de leçons, d'exercices pratiques peut-il, en quelques mois de cette sorte de clinicat en serre chaude, atteindre un degré plus que suffisant de perfectionnement dans plusieurs spécialités.

Quoique tous ces cours soient payants (condition d'émulation et de régularité non moins précieuse pour le maître que pour l'élève), il n'en résulte pas moins pour lui une grande économie de temps et d'argent. Il peut consacrer plusieurs heures par jour, sans sortir de l'hôpital général, à toutes les spécialités de la médecine, se familiariser aux recherches techniques de l'histologie normale et pathologique, à l'exploration, aux pansements, au manuel opératoire, à l'art d'interroger, etc., que comportent chacune de ces branches d'une instruction indispensable au praticien.

Aucun de ces avantages ne se retrouvent pour lui à Paris. Toutes les cliniques se font le matin, presque toutes à la même heure, et plusieurs aussi dans des hôpitaux tellement éloignés les uns des autres qu'il serait difficile avec la meilleure volonté du monde, d'en suivre deux le même jour. Tant que cet état de choses persistera, il faut renoncer à toute prépondérance, et abdiquer en faveur de nos émules servis par une organisation scolaire, de tout point supérieure à celle que nous impose une injustifiable routine.

Outre l'instruction incomplète, dont elle est hautement responsable, on peut encore reprocher à cette routine de produire une fausse instruction. A Vienne, si deux professeurs sont en divergence sur un point, l'étudiant, libre de suivre les deux cours, peut entendre le plaidoyer de l'un et de l'autre partie, et, l'affaire instruite, se décider en toute sécurité de conscience ; ou bien, opportuniste éclectique, suspendre son jugement définitif en empruntant à chacun des contendants ce qu'il a de justifié en théorie, d'applicable en pratique.

A Paris — qu'il me pardonne de le prendre pour exemple puisqu'il s'en glorifie — à Paris, il en va tout autrement. Tous les professeurs parlant simultanément, chacun dans sa chaire, fait de l'exclusivisme et du système, d'autant plus à son aise pour fulminer qu'il sait son adversaire, à quelques kilomètres de lui, occupé, à la même heure, à la même besogne. De là les retentissantes et stériles déclamations de Lisfranc à l'adresse de Dupuytren, de Ricord ; de là à l'hôpital Saint-Louis, les luttes homériques de la *lésion*

Digitized by Google

anatomique contre les *familles naturelles*, paisiblement assises à l'ombre de l'arbre des dermatoses !

Faut-il s'étonner si les disciples issus d'un pareil enseignement ignorent toute leur vie la pratique et ne montrent leur supériorité qu'en sonores amplifications de la parole du maître.

Je ne saurais mieux terminer cette étude faite sur les lieux et d'après nature, qu'en reproduisant ce que M. le Dr Ernest Besnier et moi nous disions dans notre introduction de l'œuvre de Kaposi :

« Il n'est pas nécessaire d'en dire davantage pour faire toucher du doigt la différence profonde, radicale, infranchissable, qui, dans l'état actuel, sépare l'hôpital Saint-Louis de l'hôpital général de Vienne, le corps dermatologique enseignant de l'un et de l'autre, l'école de Paris de l'école de Vienne. Aussi longtemps que dureront ces différences fondamentales, aussi longtemps durera la différence dans les résultats obtenus, la suprématie de fait de Vienne sur Paris. En vain les dermatologistes français feront assaut de zèle, d'abnégation, de dévouement, ajoutons de talent, de science ou de découvertes, ils arriveront à maintenir à son rang la science nationale, mais ils n'empêcheront jamais les nations étrangères, d'aller apprendre la dermatologie à l'hôpital général de Vienne et de perpétuer dans leurs pays respectifs la suprématie de son école, aussi longtemps que persistera la différence que nous avons signalée. »

Il serait superflu de détailler ici les diverses réformes qu'il serait indispensable de faire. Elles ressortent explicitement des termes mêmes de la description critique qu'on vient de lire. Du reste celui qui voudra en avoir l'énumération complète, la trouvera dans le cours de cette même introduction à laquelle nous renvoyons nos lecteurs.

Si j'insiste encore une fois sur ce parallèle entre Paris et Vienne, au point de vue dermato-syphiligraphique, c'est par amour de la science, sans doute de cette science à laquelle j'ai voué tout mon zèle et toutes mes affections. Mais un autre motif m'y poussait et celui-ci peut s'avouer non moins hautement. C'est que je gémis de voir chez nous l'infériorité passée à l'état permanent, non faute de matériaux certes, mais faute d'un architecte. Ce que je voudrais, c'est rendre à mon pays, dans l'enseignement européen, la place qu'il a toujours occupée, et faire affluer de nouveau dans ses cliniques, les étrangers qu'attira toujours le talent et l'activité infatigable de nos professeurs.

J'aurais désiré — et ce n'eût été que justice — parler du service de dermato-syphiligraphie, de l'hôpital de Prague. Mais l'organisation étant la même que celle de Vienne, je serais nécessairement entraîné à des répétitions sans intérêt pour le lecteur. Mon intention, du reste, est de consacrer plus tard une étude complète aux autres universités étrangères considérées au point de vue de nos deux spécialités ; alors s'offrira naturellement l'occasion de décrire et l'installation complète et le mode d'enseignement si justement apprécié du professeur I. Pick.

Il me reste une dernière et douce tâche, celle de signaler l'accueil bienveillant et sympathique que j'ai reçu des professeurs de la Faculté de médecine de Vienne et de Prague. Qu'ils veuillent bien recevoir ici l'expression de ma sincère gratitude, aussi durable que mon souvenir, de leur intelligente entente de toutes les exigences scientifiques et pratiques de nos deux belles spécialités.

Digitized by Google

BIBLIOGRAPHIE.

ATLAS DES MALADIES DE LA PEAU (*Dermatologie et syphiliographie*), par le Dr SILVA ARAUJO, professeur de clinique de maladies syphilitiques et de la peau à la policlinique générale de Rio-de-Janeiro. — Premier fascicule avec une planche chromolithographique en six couleurs. — *Trichomycosis Favosa*-Rio-*Trichomycosis favosa* de-Janeiro. Typ. de G. Leuzinger et Filhos, rua do Ouvidor, n° 31, 1883.

La dermatologie ne reste pas étrangère au mouvement de progrès si merveilleusement rapide qui entraîne les sciences médicales pendant la seconde partie du présent siècle.

De toutes parts viennent des travailleurs nouveaux, et sur tous les points du globe se forment des centres d'étude qui assurent à la science que nous cultivons un avenir brillant. On sait de quel éclat s'est déjà entourée l'école dermatologique de l'Amérique du Nord qui vit aujourd'hui scientifiquement de sa vie propre, et qui compte toute une pléiade de dermatologistes éminents et célèbres.

On ne pourrait trop se réjouir de voir ce mouvement s'étendre à l'empire du Brésil, qui prend une part si active au progrès contemporain, et nous ne saurions trop vivement souhaiter la bienvenue, et adresser tous nos encouragements, à l'auteur de l'Atlas des maladies de la peau, le Dr SILVA de ARAUJO.

Le premier fascicule paru traite avec détails la question clinique du favus, l'étude du parasite étant réservée pour le fascicule suivant.

La planche qui représente le favus jeune, tel qu'il se reproduit après un premier déblaiement de la surface malade est très satisfaisante; mais nous engageons vivement l'auteur à diminuer les frais de dessin et de couleur en supprimant tout ce qui est superflu, et à réunir sur une même planche le plus de matières utiles possible; un atlas de dermatologie, pour être utile et pratique, doit donner beaucoup à peu de frais, seule condition qui permette de le mener à bonne fin, et de le mettre à la disposition de tous.

Le texte, excellent et magnifiquement imprimé, est en langue française, et en parfait français; le choix fait par l'auteur, de notre langue, nous flatte grandement et c'est un titre de plus à toute notre sympathie.

ERNEST BESNIER.

Digitized by Google

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

I. — Leçons sur les maladies vénériennes professées à l'hôpital du Midi, par le Dr Charles Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi.

Pathologie générale des maladies vénériennes; contagion dans la ville de Paris; étiologie de la syphilis; chancre et syphilis primitive; syphilis virulente et syphilis constitutionnelle; syphilides; affections syphilitiques du tissu cellulaire sous-cutané; traitement de la syphilis, etc.

Paris, 1883, 1 vol. in-8° de 1072 pages. Prix : 18 fr. Librairie J.-B. Baillière fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

II. — Traité de l'herpétisme, par le Dr E. Lancereaux, avec 19 fig. dans le texte.

Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs, place de l'École-de-Médecine, 1883.

III. — Lezioni sulle malattie veneree e sifilitiche dettate del prof. Pietro Mazitelli.

1 vol. in-8°. Naples, 1883.

IV. — Étude sur l'uréthrite chronique blennorrhagique (blennorrhée, suintement uréthral, goutte militaire), par le Dr Robert Jamin, ancien interne des hôpitaux de Paris et de l'hôpital Necker.

1 vol. gr. in-8° de 230 pages avec 2 planches en couleur d'après nature. Prix : 6 francs.

A la librairie O. Doin, place de l'Odéon, 8.

V. — Les vénériens des champs et la prostitution à la campagne, par le Dr Lardier (de Rambervillers), 1882. (Chez O. Doin.)

Le Gérant : G. MASSON.

Société d'imprimerie Paul Dupont. Paris, 41, rue J.-J.-Rousseau. (Cl.) 66.5.83.

Digitized by Google

TRAVAUX ORIGINAUX

MÉMOIRES

I

NOTE SUR LA BLENNORRHAGIE ET LES DÉVIATIONS DU PROCESSUS BLENNORRHAGIQUE

par **P. Horteloup** et **L. Jullien.**

En 1863, M. Diday venait faire à l'École pratique des *leçons* (1) qui le placèrent au plus haut rang parmi les historiens de la syphilis. A vingt ans de distance, le maître a repris la route de Paris, et c'est de la chaudepisse qu'il est venu nous entretenir (2). Cette vieillerie a toujours le don de passionner; aussi n'était-ce pas seulement pour acclamer le professeur que la foule se pressait dans l'amphithéâtre de la Charité. Un observateur comme M. Diday venant résumer en une heure une pratique de 40 années, et sur un point restreint de la spécialité, il était facile de prévoir qu'il nous ménageait quelque brillante nouveauté doctrinale; cette attente n'a pas été trompée.

Influence des diathèses sur l'évolution de la blennorrhagie : tel est le titre de cette unique conférence que l'on peut diviser en trois parties: *Nature de la blennorrhagie — étiologie et pathogénie de ses complications — traitement de la blennorrhagie prolongée.*

M. Diday a toujours défendu la virulence de la blennorrhagie, et il est tout naturel que les théories parasitaires lui fournissent une arme nouvelle. Cependant « les micrococci n'ayant pas aujourd'hui encore donné de récolte », c'est aux seules preuves cliniques qu'il veut avoir recours, et c'est au nom de la clinique qu'il adresse aux *phlogogénistes* les questions suivantes :

1° Comprend-on, se figure-t-on un agent purement irritant, produisant une maladie cyclique, qui incube, qui s'étend de proche en proche,

(1) *Histoire naturelle de la syphilis.* Paris, 1863.

(2) Cette leçon est publiée *in extenso* dans la *Semaine médicale*, 2e série, 3e année, n° 23, page 117.

Digitized by Google

ayant des périodes réglées, réglée même dans ses déviations, susceptible, après avoir paru céder, de se régénérer, spontanément, maladie telle qu'est la blennorrhagie?

Cherchez dans toute la pathologie, y découvrirez-vous une maladie naissant indistinctement, tantôt par contagion, tantôt sans intervention de contagion? Longtemps on le pensa : pour la même maladie, on admettait, à côté du développement par transmission, l'origine dite spontanée. Mais l'observation se perfectionnant, on reconnut : soit que ce n'était pas, dans les deux cas, la même maladie (variole et varicelle, diphtérie et diphtéroïde, sycosis parasitaire et sycosis non parasitaire); soit que le fait contagionnant avait passé inaperçu.

2° *En fait,* voit-on l'*âcre* par excellence, le fétide pus d'une chancrelle, d'une balanite, séjournant durant des semaines sous un phimosis, en communication permanente avec l'urèthre, le voit-on y produire une blennorrhagie? Jamais. — Gillebert d'Hercourt rapporte qu'un Espagnol se croyant des torts envers sa femme avait résolu de les expier en se faisant donner par elle une blennorrhagie. A cet effet, non seulement il multipliait les rapports avec cette femme, atteinte d'un cancer utérin ulcéré à sécrétion ichoreuse, corrosive; mais, après chaque coït, il liait durant quelques heures le prépuce, afin de prolonger le contact de la substance irritante. Malgré tant d'efforts, il échoua dans son entreprise expiatoire, et il resta aussi indemne que restent les jeunes mariés dans les unions légitimes où les pertes blanches ne sont certes pas rares. Au contraire, dans les rencontres de hasard, la femme qui semble, qui se croit la plus saine, peut devenir nocive, à la condition qu'elle ait souffert antérieurement de blennorrhagie; car, pour contracter une blennorrhagie, il suffit qu'il existe du contagium blennorrhagique tel qu'il s'en trouve si souvent un atome latent, méconnu, indiagnostiquable, dans le flux leucorrhéique des femmes du demi-monde, qui ont été précédemment éprouvées par quelque malheur spécial.

Tout l'arsenal des virulistes est là; mais si pressante que soit l'attaque, on peut être assuré que les phlogogénistes se défendront vigoureusement. Au besoin l'expérience de Swediaur pourrait leur suffire, car pas un de leurs opposants n'a pu jusqu'ici dire clairement en quoi cette prétendue uréthrite due au contact de l'ammoniaque différait d'une blennorrhagie quelconque. Mais l'argument est vieux, et le reproduire toujours serait se faire accuser d'indigence, reproche presque mérité d'ailleurs, car en somme les faits sur lesquels est basée notre conviction sont d'observation journalière, et le plus savant bibliographe n'en trouverait dans les classiques qu'un très petit nombre qui fussent assez détaillés et authentiques pour pouvoir figurer dans une discussion. Or, puisque nous prétendons que les contacts irritants, l'excitation et la

Digitized by Google

durée de l'orgasme, la diathèse rhumatismale à la rigueur, suffisent à faire naître l'écoulement vénérien louable, c'est à nous de recueillir des cas, et d'en apporter le plus grand nombre possible. L'enquête est à recommencer, recommençons-la, signalons ce sujet de thèse aux jeunes gens, et ne doutons pas que les documents ne surgissent bientôt de tous côtés.

Joignant l'exemple au précepte, un des plus sympathiques auditeurs de M. Diday, le Dr X..., nous a tous émus l'autre jour, au sortir de l'amphithéâtre en nous détaillant de la façon la plus vécue les douleurs aiguës, les lenteurs, les fausses disparitions et les recrudescences d'une chaudepisse, sa première, qu'il vit se développer à l'époque où la virginité commençant à lui paraître un peu lourde, il s'aidait de ses mains à en supporter le poids. Or, quand cet homme de science nous affirme qu'un écoulement contracté de la sorte ne se distinguait en rien d'une chaudepisse ordinaire, quand fort d'une compétence aussi douloureusement que diversement acquise, et se souciant peu d'avoir dû ses épreintes à des microbes ou à des granulations, d'avoir coulé selon le rite de Thiry ou la formule de Nesser, il défie tout contradicteur et s'élève contre une dichotomie théorique, il ne semble pas qu'une contestation quelconque puisse être formulée, et mille faits négatifs ne sauraient prévaloir contre cette instructive confession.

On nous assure que d'autres protestataires feront entendre leur voix, et qu'avec tous ceux qui ont pris la blennorrhagie auprès d'une femme mariée dont le mari restait indemne, on pourrait lever une armée. A cela M. Diday répond par avance, mais insuffisamment selon nous, que « ces cas, qui, d'ailleurs, ne sont pas la règle, sont l'exact analogue, pour le vagin, des blennorrhées uréthrales redevenant contagieuses par le fait d'une excitation, *à la condition*, bien entendu, qu'il ait préexisté une blennorrhagie chez la femme; car, si l'épouse qui prend un amant ne donne rien à son mari et donne à son amant, cela tient au motif même qui lui a fait prendre un amant; c'est qu'elle trouve là, et ne trouve que là, l'excitation qui réveille à la fois ses passions... et ses microbes. »

Telle est la première partie de cette conférence. Si nous avons pris à cœur d'en faire ressortir les points contestés, c'est que la démonstration du maître n'a pas semblé de nature à désarmer les contradicteurs. Tous ses arguments sont pour nous de vieilles connaissances; périodiquement, nous les voyons reparaître plus ou moins habillés de neuf; non moins régulièrement, les phlogogénistes se lèvent et leur servent, dans un ordre établi par l'usage, les réfutations auxquelles ils ont droit. Et, l'escarmouche terminée, chacun va coucher sur ses positions. Mais cela n'avance pas beaucoup les choses; les microbes que l'on nous annonçe

Digitized by Google

sont-ils de nature à troubler ces doux adversaires? nous le verrons bien, nous le souhaitons : *ma chi lo sa?*

Nous arrivons au point vraiment neuf, celui qui a trait à l'influence des vices diathésiques sur le flux uréthral. En vérité, qu'il s'agisse de pus simple ou de pus spécifique, celle-là reste entière, et elle est considérable. Et c'est pour cela que nous comprenons mal les efforts de M. Diday pour établir cette virulence, et ses allusions répétées aux petites bêtes dont les allées et venues le préoccupent énormément. Mais de quoi vous occupez-vous, cher maître, puisque vous allez nous montrer l'arthritisme tout puissant pour dévier ou prolonger le catarrhe? Votre doctrine est trop haute, trop logiquement déduite pour que vous ayez besoin d'en lier le sort à celui d'une théorie plus ou moins en vogue. Ces parasites passeront peut-être..., que vous importe? Le rhumatisme est éternel, et, avec un pareil appui, vous n'avez que faire des micrococci.

Mais il y a plus, ces derniers nous paraissent, pour nous, des amis compromettants, ou tout au moins un peu gênants; à côté d'eux, en effet, il n'y aurait pas de place pour le rhumatisme, eux seuls suffiraient à tout expliquer; tout ou rien, car il ne semble guère qu'on puisse les admettre impuissants ou diminués. Ainsi faudrait-il les comprendre; ainsi les a compris avec son implacable logique le professeur Bouchard, l'auteur du beau traité des *Maladies par ralentissement de la nutrition*. La blennorrhagie, écrit-il, n'a pas la propriété de faire apparaître le rhumatisme; en effet, elle s'observe souvent chez les rhumatisants qui, pendant quelques années de leur existence sont un terrain éminemment favorable au développement et à la pullulation de l'agent infectieux blennorrhagique. Or, c'est presque inoui qu'un homme, qui a déjà souffert de rhumatisme articulaire aigu en dehors de toute blennorrhagie, contracte une seconde attaque de rhumatisme à l'occasion d'une blennorrhagie. Il est également prouvé que ceux qui ont souffert une fois d'une arthrite au cours de la blennorrhagie, ne voient jamais le rhumatisme se développer chez eux en dehors de la blennorrhagie; qu'au contraire chaque blennorrhagie nouvelle sera pour eux l'occasion du retour des inflammations articulaires. Tous ces arguments démontrent que les arthrites de la blennorrhagie ne sont pas de la nature du rhumatisme; elles sont très vraisemblablement blennorrhagiques ou infectieuses.

Le dilemme serait donc précis : entre la fluxion rhumatismale et la décharge microbienne, pas de conciliation possible; il faudrait se décider pour la diathèse ou pour la zoonose.

Il est vrai que le même auteur écrit ailleurs les lignes suivantes : « Parmi les agents infectieux, il est des espèces qui peuvent prospérer

Digitized by Google

dans le milieu humain, quelque soit son état de santé ou de maladie; il en est d'autres qui respectent l'homme sain et qui ne trouvent dans ses tissus ou dans ses humeurs un milieu de culture favorable que dans certaines circonstances pathologiques qui ont amené une détérioration de l'économie, dans ces cas où une altération de la nutrition a provoqué un changement chimique dans le milieu vivant ».

Assurément, M. Diday, s'emparant de cette donnée, nous objectera que la nature est complexe, le processus variable, et que le microccus et l'arthrite peuvent bien trouver place au soleil.... de la blennorrhagie. Mais l'expérience nous prouve, malheureusement avec évidence, que les microbes ne reculent jamais devant un canal et que la muqueuse la moins rhumatismale leur est encore un très bon milieu de culture.

Cette réserve faite, nous voudrions pouvoir citer *in extenso* tout le reste de la leçon, que le public ne s'est pas lassé d'applaudir. Voyons d'abord comment l'auteur comprend les complications et leur pathogénie.

Ces complications sont la cystite, l'orchi-épididymite, l'arthrite, l'iritis. D'où, de quelles causes proviennent-elles? On remarquera, avant tout, qu'elles ne s'observent que chez quelques blennorrhagiens, et l'on trouvera dans le terrain la raison de ce mystère, en s'appuyant, pour le découvrir, sur l'interprétation des remarques suivantes :

1° En général, ces déviations ne viennent que chez des sujets de plus de 22 ou 23 ans;

2° Une fois ayant paru, elles reparaissent presque immanquablement, les unes ou les autres, à chaque nouvelle blennorrhagie;

3° De même qu'on ne saurait en attribuer la survenance à l'action de causes mécaniques (chocs, frottements, fatigues), de même il n'est pas, à l'égard de ces déviations, d'hygiène prophylactique. On voit atteints d'épididymite, des blennorrhagiens retenus au lit par une autre maladie. On voit des malades, qui avaient fait impunément des injections pendant trois semaines, avoir une cystite, alors que depuis dix jours ils avaient cessé l'injection;

4° Ces déviations attaquent parfois des frères. M. Diday en a deux exemples; l'un des deux surtout frappant deux frères qui se ressemblaient physiquement, moralement et génitalement, et ont présenté, à peu près dans le même ordre, la même série de déviations blennorrhagiques;

5° La survenance de ces déviations diminue toujours l'écoulement urétnral, le supprime quelquefois, et, dans certains cas, définitivement;

6° Chacune de ces lésions diffère par quelques caractères des lésions de même nom survenues indépendamment de la blennorrhagie.

7° Non seulement ces lésions coïncident ou alternent entre elles, mais

Digitized by Google

chacune, considérée isolément, offre des reprises (l'épididymite à bascule; l'assez fréquente exacerbation spontanée de l'épididymite vers le 4e ou 5e jour (Diday); les récidives bien connues de la cystite, de l'arthrite). Et ces reprises vont graduellement, en diminuant d'intensité; représentant en somme, dans leur cours et décours, la durée ordinaire d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu.

Ainsi esquissée, la pathologie de ces déviations peut révéler leur pathogénie.

A. D'abord, leur cause réelle est en dehors de la blennorrhagie, puisque, à durée et intensité égales de leur blennorrhagie, quelques sujets seulement (un sur six environ) en sont atteints;

B. Cette cause n'est pas accidentelle : elle est inhérente au sujet, puisqu'elle reproduit sur lui ses effets chaque fois qu'il y donne lieu;

C. Enfin elle paraît héréditaire, puisqu'on voit les frères en subir un effet identique.

Or, n'est-ce pas là l'agissement usuel, n'est-ce pas le signalement des diathèse

Maintenant, quel est le mécanisme de l'action des diathèses?

L'auteur en admet deux.

a) Ou bien elle saisit l'occasion, pour faire du moment d'invasion et du siège de ce mal nouveau, le moment d'invasion et le siège de ses jetées fluxionnaires, à elle;

b) Ou bien c'est le mal intercurrent lui-même que la diathèse frappe de son empreinte.

De même, dit M. Diday, quand l'inspiration a jeté au génie musical un motif mélodique, tantôt le génie s'emploie en accords, arpèges, fioritures prodigués autour de la phrase; tantôt, au contraire, il laisse chanter la phrase seule, se bornant à lui donner le ton, l'accent, le rythme.

L'exemple du premier mode est justement fourni par les déviations multiples dont l'auteur a décrit le groupement, c'est la blennorrhagie *à grand orchestre*. L'exemple du second mode est la forme de blennorrhagie que l'auteur appelle blennorrhagie *sans accompagnement* ou *prolongée* et dont voici les caractères :

Un seul signe au début marque la différence et pourrait donner l'éveil : bien rarement dans cette forme l'inflammation atteint, même temporairement, un degré considérable, mais ce peu d'acuité se conserve jusqu'à la fin. De plus elle frappe surtout les hommes de 35 à 50 ans, âge où la diathèse arthritique, jusque-là en puissance, entre et reste en action.

Or, plusieurs de ces gens-là, ayant déjà eu d'autres chaudepisses *ordinaires*, et comme telles aisément et promptement guéries, on comprend leur désespoir en voyant celle-ci prendre une allure si différente;

Digitized by Google

aussi le médecin doit-il se mettre de bonne heure en mesure de parer le contre-coup d'un désappointement si naturel.

Parvenue à la sixième ou huitième semaine, à l'époque où la chaude-pisse vulgaire entre d'elle-même en décroissance, on voit celle-ci, « comme touchée par la baguette de fée de la Belle au bois dormant devenir stationnaire. De ce moment, figée, pour ainsi dire, dans sa demi-acuité, elle brave l'effort du temps, son meilleur et habituellement son infaillible auxiliaire. »

Bains, boissons diurétiques, camphre, lupulin, bromure, opiacés, régime, n'exercent pas ici l'action sédative sur laquelle on a droit de compter.

Quant aux anti-blennorrhagiques, — dont le copahu est le type, — il est bien rare que durant les huit ou dix premiers mois d'un tel désastre, le malade ou le médecin n'aient pas, à plusieurs reprises, jugé le moment opportun pour essayer de *couper*. On essaye donc ; mais le résultat fait le diagnostic, l'échec est absolu. Bien plus, il est arrivé parfois que les malades ont accusé une recrudescence de l'écoulement.

Même et pire encore est l'impuissance des injections. Prodiguez-les ; variez-en à l'infini la composition, la durée et les doses. Essayez — ce sera un peu long, mais vous avez le temps — de toutes les *infaillibles, seules et uniques au monde*. Elles vous donneront un excellent résultat qui s'évanouit en trois jours.

Clients et praticiens ont pourtant une fiche de consolation : une fluxion ainsi rivée sur l'urèthre ne l'abandonne jamais. Le fleuve qui coule si librement à pleins bords ne va pas chercher d'autre lit. Aussi chercherait-on en vain l'exemple de complications, de jetées vésicales, testiculaires, articulaires survenues durant le cours si long cependant de cette espèce de blennorrhagie.

Tout ce tableau est admirable, et pas un médecin ne manquera d'y reconnaître quelque cas désespérant de sa pratique. Avec M. Diday il y reconnaîtra également la marque de la diathèse arthritique, enfin il apprendra les moyens d'en triompher. Leur exposé fait l'objet de la 3e partie.

Les *révulsifs* s'emploient et opèrent de deux manières : tantôt loin, tantôt près du *loco dolenti*. Un emplâtre stibié au bas des reins, ou un large thapsia entre les épaules, réalisent une dérivation salutaire. On peut demander un effet plus marqué et plus utile, au vésicatoire placé sur l'urèthre même ; mais, pour que ses inconvénients ne dépassent pas ses avantages, il faut qu'il mérite son nom de vésicatoire volant, et qu'on ne l'oublie pas en place plus de 3 ou 4 heures. Fidèle compagne des arthritiques la *flanelle* n'a pas ordinairement besoin d'être recommandée, on devra seulement s'assurer qu'elle couvre les lombes et descend en avant, jusqu'au point désiré.

Digitized by Google

Les *frictions sèches*, vivement faites, sur tout le corps, répétées soir et matin, et chaque fois jusqu'à rubéfaction, sont un auxiliaire d'autant plus précieux qu'il ne coûte rien et n'exige que deux minutes et l'habitude à prendre.

Les *bains de vapeur*, quand la saison le comporte, ne doivent pas être oubliés, non plus que les *bains très chauds*, ou plutôt avec un jet d'eau très chaude dirigé au moyen du tube de zinc ou de cuivre qu'on trouve dans tous les établissements, et par lequel le baigneur, pouvant envoyer vers la sphère génitale un peu de l'eau sortant du *robinet à eau bouillante*, y produit une atmosphère de caléfaction locale, moyen dont l'emploi, quoique passager, remplit bien l'indication. Mais un autre remède que l'auteur se félicite beaucoup d'avoir appliqué, bien qu'il n'en revendique pas l'invention, c'est le simple *cataplasme de farine de lin*.

Il faut quelque soin dans la préparation du topique ainsi que dans son mode d'application. La cataplasme doit être long et étroit. On *s'assied dessus* (voilà pour le périnée) ; plus loin, ou l'étale un peu (voilà pour la région scrotale de l'urèthre) ; enfin, on l'enroule autour de la verge : d'où le nom de *cataplasme serpent*.

Cela fait, on couvre d'une serviette pour conserver la chaleur ; et, on maintient le tout au moyen d'un caleçon de bain, neuf, étroit, c'est-à-dire rétractile.

Enfin l'habitation d'un *climat plus chaud* est ici souverainement efficace ; parfois même le coup qu'elle porte est décisif.

A l'appui de cette assertion, l'orateur relate avec la verve qui lui est familière l'observation d'un confrère, son ami très intime, dont les souffrances l'ont personnellement touché vers 1837. Nos lecteurs ne nous pardonneraient pas de défigurer par une analyse ce joli morceau.

« En 1837, il était porteur (quel poids, bon Dieu !) d'une deuxième blennorrhagie dont rien, ni personne, depuis quatre mois, n'avait pu le délivrer. Aujourd'hui, instruit par une dure expérience, et s'appuyant sur.... ma foi ! s'appuyant sur ses béquilles, il n'hésiterait pas, et depuis longtemps aurait prononcé le mot rhumatisme. Mais alors, exempt jusque-là de tout avertissement diathésique, il ne voyait là que spécificité vénérienne et n'invoquait que les anti-blennorrhagiques usuels, avec la confiante patience propre à tout jeune docteur... et avec le résultat que je viens de dire.

Sur ces entrefaites, l'occasion d'un voyage à Marseille se présente. Il la saisit. C'était au mois de juillet, et sa peau d'habitant des zones tempérées fut mise, il l'affirme, à une furieuse épreuve. Du soir au matin, même à la virtuelle fraîcheur de l'aube ou du crépuscule, même en parcourant à pas comptés les allées de Meilhan, il ruisselait de sueur. Eh bien ! au bout de dix jours, quoiqu'il eût cessé tout traitement, bien

Digitized by Google

qu'il eût fait large et plantureuse connaissance avec deux très compromettants amis, la bouillabaisse et le vin blanc de Cassis, au bout de dix jours, il était guéri, radicalement guéri. »

On le voit donc, les moyens de guérison sont nombreux c'est au praticien qu'il appartiendra de discerner et de choisir le meilleur ; mais que de tâtonnements pour arriver à un bon effet ; encore si cet effet était la guérison complète ! — En général il n'en est pas ainsi, ce qu'on obtient n'est qu'une diminution du mal, mais, notons-le, une diminution notable, permanente, et portant à la fois sur le degré de l'inflammation et sur la quantité de l'écoulement. Une fois que ce changement est obtenu, qu'il est bien acquis, il ne reste plus qu'à terminer la cure par des *injections ;* mais pour opérer avantageusement elles devront n'être qu'astringentes et faiblement astringentes, être faites avec un liquide tiède et non pas froid, être poussées de manière à remplir le canal et non à le distendre. Encore, malgré ces précautions, faut-il surveiller avec vigilance l'effet produit. Le remède cesserait de servir et deviendrait nuisible, si la légère cuisson uréthrale qu'il produit persistait longtemps après son application.

« Ces indications, dit l'auteur en terminant et dirons-nous avec lui, sont le fruit de l'empirisme ; mais ne se trouvent-elles pas d'accord avec la théorie ?

Le rhumatisme a été dénommé maladie *à frigore ;* et nous savons, d'autre part, que le moyen infaillible de le contracter est d'habiter une maison nouvellement construite. Si donc le froid est son générateur, la chaleur — et ceci est une notion non moins populaire — est naturellement son antidote.

Travaillons dans ce sens. Apprenons avant tout à guérir : ce ne sera pas du temps aussi perdu qu'on paraît le croire pour notre instruction générale. Réalisons d'abord le progrès pratique, et le reste, la sanction doctrinale, nous sera donnée par surcroît. »

On ne saurait mieux dire ; l'empirisme apprend à guérir, et les moyens de guérison nous guident vers l'appréciation des causes ? Mais, faut-il en conclure que le cataplasme nous impose les *gonococci* ? M. Diday lui-même n'oserait aller jusque-là, et nous inclinons à croire que s'il défend les nouveaux venus, c'est moins par le raisonnement qu'en vertu de cette sympathie particulière qui, depuis 40 ans, l'a fait le précurseur ou le père adoptif de toute monade ou bactérie à la recherche d'un parrain. Sur ce premier point, nous maintenons donc nos réserves, tout en déclarant que le jour où le microbe se serait complètement mis en règle vis-à-vis du microscrope et des *bouillons*, nous serions tout disposés à lui faire bon accueil.

Sur le second point, au contraire, pas de dissidents. L'interprétation

Digitized by Google

se déduit rigoureusement de la clinique, elle est le fruit de l'observation scrupuleuse et nous est vraiment donnée par surcroît. Mais l'orateur n'a pas tout dit. Ce qui nous viendra encore par surcroît, c'est la clarté qu'une théorie aussi lumineuse va jeter sur une foule de particularités à peine entrevues, à peine expliquées jusqu'ici. Soyons les premiers à lui en fournir un exemple. Ne répète-t-on pas depuis nombre d'années que les orchites blennorrhagiques et surtout les ceptites sont plus fréquentes au printemps et en automne. Et ces saisons ne sont-elles pas précisément celles où prédominent les arthritides ? Pareille coïncidence sera certainement saisie en ce qui touche à l'influence des climats et des races ; et d'ailleurs, nous savons déjà que de toute l'armée anglaise, ce sont les régiments envoyés sous les tropiques, et particulièrement ceux qui sont composés de soldats nègres, qui payent le moins lourd tribut à l'orchite vénérienne.

Aussi, répétons-le encore, l'interprétation nouvelle a séduit. M. Diday n'a eu qu'à parler pour convertir ses auditeurs, bien préparés d'ailleurs à la théorie diathésique. Beaucoup semblaient dire : « Nous le pensions, nous appelions cette cause constitutionnelle qui dominant le processus uréthral, suscite et entretient les jetées fluxionnaires ; car, suffisante pour donner naissance aux complications grossièrement inflammatoires des glandes les plus voisines, l'inoculation progressive est manifestement invraisemblable en face des autres complications. » L'un des signataires de cette note avait déjà soutenu, soit à l'hôpital, soit à la Société de chirurgie, la nécessité d'admettre une influence générale. Aussi depuis plusieurs années prescrivait-il les bains de Barèges aux blennorrhéens de son service ; les résultats étaient bons, mais ils s'annoncent meilleurs encore depuis qu'il a mis à profit les conseils qui précèdent. Désormais c'est à l'eau chaude et aux cataplasmes, à l'étuve et aux suées que ses clients de l'hôpital du Midi devront leur guérison et ce ne sera pas, espérons-le, un des moins durables résultats de la visite que le maître lyonnais nous a faite et que, sur l'invitation de l'éminent professeur qui lui avait cédé sa chaire, il a promis de renouveler l'an prochain.

Digitized by Google

II

NOTE SUR UNE VARIÉTÉ DE LICHEN PLAN
(LICHEN HYPERTROPHIQUE)

par G. LEMOINE, interne des hôpitaux de Lyon, préparateur du cours d'anatomie générale à la Faculté.

Malgré les nombreuses recherches auxquelles l'étude du lichen plan a donné lieu dans ces dernières années, l'histoire clinique et anatomique de cette affection est encore loin d'être complète. Bien des descriptions en ont été données depuis celle qui fut faite par Wilson en 1869 (1), mais presque toutes diffèrent entre elles sur certains points, ce qui permet de prime abord de supposer que le lichen plan présente dans son aspect, sinon dans sa nature, plusieurs variétés. L'étude des observations qui en ont été recueillies confirme cette hypothèse et montre la nécessité de séparer les unes des autres des affections dissemblables par quelques-uns de leurs caractères et par leur évolution. Mais ce n'est pas ce travail de classification que nous voulons entreprendre, et nous nous bornerons à rapporter l'observation et l'étude histologique d'un cas de lichen plan appartenant à la variété que MM. Besnier et Fournier ont signalée sous le nom de *lichen corné*, et que M. Aubert propose d'appeler *lichen hypertrophique* (2). Les observations de ce genre sont encore rares, et nous ne croyons pas devoir laisser passer celle-là sans la faire connaître et sans la comparer avec les cas analogues que renferme le musée de l'hôpital Saint-Louis.

OBSERVATION. (Recueillie dans le service de M. Aubert chirurgien-major de l'Antiquaille.) — Gourbayre, Henri, âgé de 11 ans 1/2. Salle Saint-Mathieu n° 73, Entré à l'hospice le 5 novembre 1881.

C'est un enfant d'apparence assez chétive, mais dont la santé n'a cependant pas été éprouvée par des maladies graves. Son père et sa mère sont en bonne santé ainsi que ses six frères ou sœurs; aucun d'eux n'a présenté d'éruptions cutanées ni d'accidents syphilitiques. Il entre à l'hôpital pour deux affections différentes : son cuir chevelu présente plusieurs plaques de pelade et ses membres inférieurs des plaques de lichen hypertrophique. Le début de cette dernière maladie remonte à 4 ans 1/2, et la cause demeure

(1) Wilson, *Journal of cutaneous medicine*. 1869.

(2) Cette dénomination a déjà été employée à l'hôpital Saint-Louis.

Digitized by Google

inconnue. L'enfant pissait souvent au lit à cette époque, et attribue à l'humidité qui en résultait l'origine de son mal. Il n'a pas de varices aux jambes.

L'affection débuta sur les jambes par de petites papules rouges assez rapprochées les unes des autres, qui allèrent en s'élargissant de façon à former avec les papules voisines de petites plaques de forme et de dimension variables. Depuis cette époque, des plaques semblables se sont succédées, de nouvelles se formant à mesure que les anciennes disparaissaient. Dès qu'une de ces plaques est formée, elle devient le siège d'une desquamation en fines lamelles et d'un prurit modéré, puis, peu de temps après, elle prend un aspect grisâtre et arrive à former au-dessus de la peau un relief notable à bords mousses. Elle offre une surface irrégulière, mamelonnée, sectionnée par les plis de la peau devenus plus profonds en une série de petites élévures criblées elles-même de petits trous. La peau qui entoure ces plaques est également altérée; elle est épaissie et présente des sillons plus accentués que la peau saine. La coloration des plaques est grisâtre, non miroitante, et devient bleuâtre quand elles ont été mouillées. Peu ou pas de poils à leur surface.

En même temps que le lichen se développait sur les jambes, des plaques de pelade prenaient naissance sur la partie postérieure de la tête, et au dire du malade, les deux affections ont eu constamment une marche inverse; à mesure que les plaques de lichen guérissaient, celles de la pelade se multipliaient et *vice versa*. Quoi qu'il en soit, l'enfant se présente au moment de son entrée dans l'état suivant :

On note à la jambe droite, en dehors de l'arête du tibia et immédiatement au-dessous du genou, cinq petites plaques du volume d'un pois, de couleur rouge pâle et en voie de guérison; chacune est entourée de petites élevures blanchâtres et entre elles la peau est revenue saine. Au-dessus de la malléole externe, on a encore le vestige d'une ancienne plaque guérie, de couleur café au lait, et sur la face externe de la jambe quelques papules de prurigo, signes de grattage. — Au niveau du condyle interne du même tibia existe une plaque en plein développement, de trois centimètres sur deux, et offrant tous les caractères précités : elle est entourée de points excoriés. Toute la peau qui l'avoisine jusqu'au-dessus de la rotule présente un aspect craquelé. Trois autres plaques plus petites se montrent près de l'arête interne du tibia et sont toutes très saillantes avec une couronne de papules de prurigo autour d'elles. Le point symétrique du tibia gauche offre à considérer trois petites plaques semblables et une plaque étroite et longue de deux centimètres, entourée d'une peau fendillée. Sur la face externe de la jambe gauche au niveau de la malléole, se voit une longue bande de 12 centimètres de longueur sur 3 centimètres de largeur, toute entière recouverte de petits îlots de lichen, qui présentent une saillie notable et qui sont entremêlés de papules de prurigo. Sur la face externe, mais à sa partie supérieure, quatre groupes principaux offrent les mêmes caractères sur une hauteur de 15 centimètres environ. Une petite plaque existe dans le creux poplité.

Les plaques de pelade de la tête occupent la région de la nuque, elles sont nombreuses et rapprochées. La plus grande a la dimension d'une pièce de un franc. L'enfant a eu d'autres plaques sur lesquelles les cheveux ont repoussé.

Le traitement institué dès ce jour est purement interne : vingt gouttes de liqueur de Fowler et des fortifiants.

Le 19 novembre aucune amélioration n'est constatée. M. Aubert procède,

Digitized by Google

après l'anesthésie, à un raclage énergique à la curette des plaques malades. En plusieurs points, l'épiderme de la surface s'enlève par larges lambeaux, et on trouve au dessous une surface dure, criant sous l'instrument, et hérissée de crêtes et de saillies dont la trace subsiste même après le raclage. Pansement de Lister.

20 novembre. Les plaques raclées se présentent sous l'aspect d'îlots d'un rouge vif.

26 novembre. L'épidermisation des surfaces dénudées s'est effectuée en grande partie; elles restent planes et rouges.

20 décembre. Tout est bien cicatrisé, mais l'affection est reproduite avec ses caractères d'origine quoique avec moins de saillie et moins de rudesse au toucher des plaques. On ordonne des bains de pieds tous les jours, des frictions au savon noir, et l'application permanente de ce savon sur les plaques après chaque bain.

1er février. Le lichen a diminué de plus en plus pendant tout le mois de janvier. Les cicatrices deviennent de moins en moins saillantes et chaque jour plus souples.

15 mars 1882. Les plaques sont toujours représentées par une tache brune, mais elles sont très souples et ne forment presque plus de relief. L'enfant quitte le service en voie de complète guérison.

Si l'on rapproche de cette description du lichen hypertrophique la description magistrale donnée par Wilson du lichen plan, on remarquera sans peine qu'elles diffèrent toutes les deux par plusieurs points. Nulle part cet auteur n'a signalé ce dévelopement exagéré des couches épidermiques et cette surélévation au-dessus du niveau des parties voisines de la peau que nous avons observés dans le cas qui nous occupe. Les papules du lichen plan sont toujours, comme le nom même de l'affection l'indique, plates, lisses, peu élevées, souvent ombiliquées, et possèdent un poil à leur centre. Dans le lichen hypertrophique, nous avons affaire au contraire, à des papules réunies par groupes, formant une saillie considérable, et dont la surface très irrégulière ne laisse voir qu'un petit nombre de poils. D'autre part, de nombreux rapports existent entre ces deux affections, et il est bien évident que le lichen hypertrophique rentre dans la classe des lichens plans, tout en formant une variété distincte.

Dans la collection si riche du musée de l'hôpital Saint-Louis, un certain nombre de pièces offrent les mêmes caractères que ceux que nous avons décrits chez notre malade. Nous citerons entre autres les pièces inscrites sous les numéros 257 (Besnier) lichen plan pigmenté; 688 (Vidal) lichen plan de la jambe; 524 (Fournier) lichen plan corné; 772 (Besnier) lichen plan corné de forme hypertrophique, et parmi elles c'est encore le n° 524 et surtout le n° 772 qui se rapprochent le plus de notre description. Une pièce inscrite sous le n° 483 (Besnier) est aussi de même ordre, mais ses papules offrent moins de saillie et moins de développement, ce qui tient peut-être à ce qu'elles siègent sur le membre supérieur.

Digitized by Google

Etude histologique (1). — Nous avons examiné au microscope une papule hypertrophiée, enlevée pendant le raclage et durcie ensuite par la gomme et l'alcool et colorée au picro-carmin.

Vue à un faible grossissement (obj. 2, Vérik) une coupe de lichen présente trois zones bien distinctes : l'épiderme très épais, la couche papillaire du derme qui est le siège d'une vive inflammation, et la partie profonde du derme presque entièrement sclérosée. Les couches cornées sont très développées, et formées de lames épaisses, parfois dissociées ; sur certains points elles s'enfoncent profondément dans le derme en donnant naissance à des invaginations de l'épiderme semblables à celles que l'on observe dans les papillomes.

Un grossissement plus fort nous permet de nous rendre compte des modifications qu'a subies la partie superficielle du derme, celle qu'on pourrait appeler ici zone inflammatoire sous-épidermique. Elle est constituée presque exclusivement par des accumulations de cellules embryonnaires qui envahissent les papilles, et qui ont pris la place des faisceaux de fibres conjonctives. Ces dernières sont devenues très rares et ne se voient plus que sous forme de minces rubans perdus à la base des papilles. Les cellules jeunes sont partout : autour des vaisseaux, dont la paroi a disparu sous leur invasion, autour des lymphatiques et autour des canaux excréteurs des glandes sudoripares.

La paroi des capillaires qui montent dans les papilles n'est plus indiquée que par la ligne de cellules embryonnaires qui a pris la place du tissu conjonctif primitif. Le système des capillaires sanguins paraît beaucoup plus développé que de coutume, soit que des rameaux nouveaux se soient formés, soit, ce qui est plus probable, que la dilatation que tous les capillaires ont subie le fasse paraître plus considérable qu'il n'est en réalité. Les lacunes lymphatiques sont également dilatées outre mesure et tout leur pourtour est le siège d'une prolifération cellulaire très active.

Dans toute cette région, les fibres élastiques ont complètement disparu ; on n'en retrouve pas une seule, et la limitante élastique du derme elle-même n'existe plus, ce qui permet une confusion entre les cellules de la couche génératrice de l'épiderme et les éléments embryonnaires qui remplissent les papilles. De plus, on y rencontre, surtout dans ces dernières, de nombreuses granulations mélaniques, disposées par petits groupes au voisinage des vaisseaux et qui paraissent contenues dans les cellules fusiformes du tissu conjonctif et dans les cellules lymphatiques. C'est la première fois, croyons-nous, qu'un semblable dépôt de pigment a été observé sur des coupes de lichen. Neumann (2) en a trouvé une fois dans les cellules du stratum de Malpighi, mais n'en a pas signalé dans la couche sous-papillaire. La présence de ce pigment peut expliquer l'apparition de taches mélaniques sur les points de la peau ou a existé du lichen.

Toute la région profonde du derme est, comme nous l'avons déjà indiqué, le siège d'une sclérose conjonctive ancienne. Les fibres élastiques y sont très nombreuses et reproduisent presque, tant leur réseau est serré, l'aspect offert par les lames élastiques d'une artère de moyen volume. Les faisceaux conjonctifs sont très serrés, mais se dissocient sur quelques points pour faire

(1) Ce travail a été fait dans le laboratoire d'anatomie générale de la Faculté de Lyon.

(2) Neumann. *Lichen exsudativum rubér.*

Digitized by Google

place à des foyers de cellules embryonnaires entourant un vaisseau sanguin. Les muscles lisses sont très altérés; en général ils sont hypertrophiés, et souvent leurs fibres sont le siège d'une prolifération nucléaire.

Les glandes sudoripares ont subi de grandes modifications. Au lieu d'être, comme à l'état normal, entourées d'une zone de tissu conjonctif lâche, remplies de globules blancs qui leur apportent les éléments nécessaires à leur activité, elles sont comprises entre des faisceaux conjonctifs très serrés qui les écrasent. En dehors de cette zone de sclérose se voit un cercle de cellules embryonnaires. Il existe donc autour de ces glandes les signes d'une inflammation lente qui a une tendance à s'étendre à la périphérie. L'épithélium glandulaire a subi le contre-coup de cette inflammation de voisinage; ses cellules sont petites, troubles et granuleuses et quelques-unes sont revenues à l'état embryonnaire. La lumière centrale est presque entièrement oblitérée par des débris cellulaires. Ces caractères se retrouvent le long du canal excréteur.

Les bulbes pileux sont le siège des lésions déjà signalées par Biesadecki et Kaposi, c'est-à-dire d'une hyperplasie des gaines externes. De nombreux amas de cellules embryonnaires les entourent et dissocient le tissu conjonctif qui forme la gaine lamelleuse au point de le faire ressembler à du tissu réticulé. Le poil lui-même est altéré; il est souvent cassé au niveau du collet du bulbe et se perd au milieu des masses cornées qui obstruent son point d'émergence. Les glandes sébacées ont disparu.

Les troubles trophiques qui ont occasionné dans le derme les modifications que nous venons de décrire en ont amené de semblables dans l'épiderme. Le stratum de Malpighi est d'épaisseur variable; quelquefois il est si aminci, que les papilles dermiques viennent presque toucher les couches cornées. Ses cellules ne présentent rien de particulier, sauf peut-être une tendance à la prolifération. La couche génératrice fait défaut la plupart du temps, elle est remplacée par une zone qui établit une transition insensible entre les cellules embryonnaires du derme et les cellules du stratum muqueux. On y rencontre des cellules allongées, dépourvues de pointes de Schultze possédant souvent deux noyaux, et entre lesquelles se trouvent intercalés des globules blancs plus ou moins modifiés. Il paraît évident que ceux-ci se transforment peu à peu en cellules de Malpighi et renouvellent l'épiderme.

La couche granuleuse est très épaisse; elle se colore vivement par le carmin et contient une quantité considérable de granulations d'éléidine.

En rapport avec cette accumulation de matière kératogène, existent des couches cornées très épaisses, formées de lames superposées dont les plus externes sont dissociées et ont une tendance à desquamer en masse.

L'histologie pathologique du lichen hypertrophique diffère fort peu de celle du lichen plan ordinaire, ainsi qu'on peut le voir par les recherches de Balzer (1). On y rencontre les mêmes altérations du derme, des vaisseaux et des glandes, mais on y trouve en plus celles de l'épiderme et un développement exagéré des lames cornées. En outre, nous y avons observé la présence de granulations pigmentaires dans les cellules fusiformes du derme.

1) Thèse de Heguy. Paris, 1880.

Digitized by Google

De nombreuses théories ont été mises en avant pour expliquer la nature des lésions du lichen plan et du lichen hypertrophique. Pour Charpy (1) ce dernier serait une véritable tumeur à développement lent, comparable à un papillome ; il la définit : un papillome étalé. Notons que dans les deux cas qu'il a examinés, les glandes sudoripares avaient disparu.

Quelques auteurs (2) font débuter les altérations du lichen dans les glandes sudoripares ; le lichen plan serait la maladie de celles-ci, comme l'acné est la maladie des glandes sébacées.

Selon Biesadecki et Kaposi, le point de départ est au sein des follicules pileux. L'affection commence dans la gaine externe des poils et de là envahit toutes les couches de la peau.

Enfin pour Balzer l'origine de la maladie est dans l'inflammation des parois des vaisseaux. Il existe une inflammation péri-vasculaire, qui provoque des troubles de nutrition dans le derme et les organes qui y sont contenus.

Nous nous rangeons complètement à l'avis de Balzer, et nous admettons avec lui le début dans la gaine des vaisseaux. Il est probable que les artérioles et les capillaires de la partie profonde du derme sont les premiers atteints, et que ceux de la région papillaire ne le sont que secondairement. Cette manière de voir explique en effet pourquoi la profondeur du derme est déjà sclérosée, sur les coupes que nous avons examinées, tandis que la partie supérieure est encore le siège d'une inflammation active. La nutrition des muscles, des glandes et des poils se faisant mal, ces organes sont altérés à leur tour et perdent leurs propriétés physiologiques. La sécrétion de la sueur ne se fait plus, car les glandes sudoripares ne possèdent plus leur atmosphère lymphatique dans laquelle elles puisaient des éléments d'activité ; les glandes sébacées disparaissent, les bulbes pileux se sclérosent. L'épiderme est atteint le dernier, car sa nutrition étant moins active que celle des autres régions, il peut résister plus longtemps. Mais il s'enflamme à son tour et devient le siège d'une production surabondante de corne, qui donne naissance à des masses cornées, qui tantôt s'enfoncent à l'intérieur comme les bourgeons des papillomes, et tantôt s'étalent à la surface sous forme de lamelles desquamantes.

(1) Charpy. *Annales de dermatologie.* 1872.
(2) Durhing. *Traité des maladies de la peau.* Note des commentateurs.

Digitized by Google

RECUEIL DE FAITS

OBSERVATION D'ÉRYTHÈME SCARLATINIFORME DESQUAMATIF

Par le Dr L. BROCQ.

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. le Professeur Fournier.

L'observation suivante est un beau cas d'éruption rouge généralisée, terminée par une desquamation sèche également généralisée : la durée totale de l'affection a été d'un mois environ. Elle nous paraît devoir être classée parmi ces faits que MM. Féréol et Besnier ont désignés sous le nom d'*Érythèmes scarlatiniformes desquamatifs ;* ils ont de plus ajouté l'épithète de *récidivants*, parce que la même personne en présente d'ordinaire plusieurs poussées successives, séparées par des intervalles de santé parfaite de plusieurs mois. Notre malade n'a encore eu que la poussée éruptive dont on va lire la relation, et il est sorti de l'hôpital parfaitement guéri. Nous publions ce fait sans aucun autre commentaire, car la question des érythèmes scarlatiniformes est d'une extrême difficulté; et nous croyons peu prudent d'en parler sans entrer dans une sérieuse discussion des cas, pour la plupart fort disparates, que l'on tend à ranger maintenant dans ce groupe.

Le 20 février 1883, Louis-Jules B.... mégissier, âgé de 40 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, service M. le professeur Fournier, salle Saint-Louis, n° 78. Le malade n'a aucun antécédent héréditaire : son père et sa mère n'ont jamais eu de maladies de peau, il a eu quatre frères qui sont morts en bas âge, et quatre sœurs dont deux ont également succombé pendant leur enfance : personne n'a jamais eu de rhumatismes dans sa famille. Quant à lui, il n'a jamais eu de douleurs articulaires; il n'est pas sujet aux maux de tête et n'a pas d'hémorrhoïdes; il est de la plus grande sobriété, ne boit qu'un peu de vin et jamais d'eau-de-vie. Il n'a pas eu d'affections vénériennes; il ne tousse pas, et s'est toujours fort bien porté ; le seul antécédent personnel qu'il soit possible de trouver chez lui; c'est un eczéma impétigineux qu'il aurait eu vers l'âge de trois ans. Il nous faut ajouter qu'il se plaint d'avoir toujours eu la peau fort sèche, rude, et de transpirer très difficilement.

La maladie pour laquelle il vient à l'hôpital a débuté le vendredi 9 février 1883, il y a 12 jours; il a d'abord ressenti des frissons répétés, qui ont duré toute la journée et qui étaient surtout composés des deux stades de tremblement et de chaleur; puis il a éprouvé une violente céphalalgie qui

Digitized by Google

a été précédée d'une épistaxis; mais il n'a pas eu mal à la gorge et il n'a pas vomi. Cet état a persisté le samedi et le dimanche avec des alternatives de rémission et d'exacerbation ; le lundi matin en se réveillant, le malade s'est aperçu qu'il avait sur tout le corps, sauf aux mains et aux pieds, une éruption d'un rouge intense qu'il compare lui-même à la couleur de l'écrevisse cuite, et qui était constituée le lundi matin, nous dit-il, par un tout petit pointillé rouge excessivement serré, avec petites papules saillantes donnant à la peau l'aspect de la chair de poule. Aussitôt le malade s'est appliqué de l'eau sédative sur la tête, et, le soir même, il a pris un bain sulfureux à la suite duquel l'éruption a augmenté et est devenue d'un rouge vif uniforme ; tout le pointillé a dès lors complètement disparu, et la surface de la peau a pris un aspect brillant, lisse et écarlate. Les pieds et les mains n'ont été envahis que le mardi soir ou le mercredi matin. En même temps que l'éruption, il est survenu un œdème généralisé d'une telle intensité que le malade ne pouvait plus, nous dit-il, contenir dans ses habits. Ce n'étaient pas seulement les membres et les extrémités qui étaient enflés, mais le tronc, la tête, le corps tout entier.

L'aspect lisse et luisant des téguments a persisté jusqu'au mercredi; alors l'épiderme s'est fendillé, il s'est formé sur le tronc de petites gerçures blanches, linéaires, qui peu à peu se sont étendues et ont gagné toute la surface du corps. L'épiderme s'est ensuite soulevé, il s'est détaché, et la desquamation a commencé à se faire très abondamment le jeudi, c'est-à-dire le 7e jour de la maladie et le 4e jour de l'éruption. Pendant ce temps B... a conservé presque toutes ses forces, à tel point qu'il n'a cessé de travailler que le vendredi matin 16 février, et encore ne l'a-t-il fait que parce que des cataplasmes d'aigremoine qu'il s'était appliqués depuis quatre jours sur les jambes avaient déterminé une sorte de vésication superficielle et beaucoup de suintement. Le jour même de l'entrée, il ne se sent pas souffrant, et il ne présente pas d'autres phénomènes morbides que son éruption. Cependant, le 21 février, il a encore le soir un léger mouvement fébrile, la température rectale est de 38°,4. Depuis le vendredi 16 jusqu'au jour de son entrée, la peau a un peu perdu de sa couleur rouge vif, l'œdème a complètement disparu, et la desquamation s'est produite avec la plus grande intensité ; le malade nous dit avoir trouvé chaque matin dans ses draps des poignées de squames. L'éruption a toujours été sèche; il n'y a jamais eu de suintement, si ce n'est aux endroits où il s'est appliqué des cataplasmes d'aigremoine. Il urine fort abondamment (6 litres le 22 matin); il a une soif fort intense, et il boit chaque jour plusieurs pots d'une tisane de pariétaire, de saponaire et de salsepareille qu'il regarde comme excellente pour son affection. On n'a jamais rien trouvé d'anormal dans les urines. Le cœur et les poumons sont absolument sains.

Aspect de l'éruption le 21 février.

Cuir chevelu. — Les cheveux sont assez peu abondants, mais ils sont solidement implantés, et ils ne tombent pas depuis le début de la maladie. Le *cuir chevelu* est recouvert dans toute son étendue de nombreuses petites squames, fines, furfuracées, blanches, adhérentes les unes aux autres, et formant par place des couches assez épaisses, de telle sorte qu'il est très difficile de mettre à nu le derme qui est assez rouge, mais ne semble pas

Digitized by Google

épaissi. Les cheveux traversent perpendiculairement les squames. Il n'y a pas le moindre suintement, et il n'y en a jamais eu.

Face. — Le *front* est recouvert de très fines squames sèches, blanches, peu épaisses, fort adhérentes; le derme sous-jacent est rosé et non franchement rouge. il n'est point épaissi; le malade fronce le sourcil sans éprouver la moindre gêne. On dirait cependant que la peau est un peu œdématiée, car la pression du doigt assez longtemps prolongée y détermine une petite cupule.

Cette pression ne fait disparaître que fort peu la coloration rouge, et il persiste toujours une teinte d'un jaune rosé. En regardant avec beaucoup de soin, on voit sur la dernière couche squameuse qui recouvre le derme un petit piqueté blanc assez serré paraissant tenir à une accumulation d'épiderme vers les orifices glandulaires. Quand on est parvenu, ce qui est difficile, à enlever toutes les squames, on arrive sur une surface brillante, luisante, polie, un peu humide, rappelant celle du psoriasis: Vers la racine des cheveux les squames sont un peu plus larges, et atteignent les dimensions de l'ongle; au niveau des sourcils elles sont plus abondantes, plus épaisses, stratifiées, et elles y forment une couche épaisse d'un blanc jaunâtre. Elles sont fines, lamelleuses sur les paupières qui sont franchement rouges et œdématiées : les conjonctives palpébrales sont fort injectées, mais le malade n'en souffre pas. Vers la racine du nez, les squames sont assez abondantes, elles sont très minces mais assez larges vers l'extrémité du nez; elles adhèrent par leur centre tandis qu'à leur périphérie elles sont décollées et flottantes. Sur la partie latérale droite du nez, un peu en avant de la narine correspondante, se voient deux ou trois vésico-pustules rangées sur une même ligne et paraissant être une éruption d'herpès qui datérait, nous dit le malade, de trois ou quatre jours. La même lésion existe également sur la lèvre inférieure; les vésicules s'y sont rompues et y ont formé de grosses croûtes jaunâtres. La partie interne des joues n'est recouverte que de quelques squames excessivement fines, elles sont au contraire fort abondantes dans les sillons nasaux-géniens; elles y sont toutes petites, de deux à trois millimètres de diamètre, irrégulières, mais surtout arrondies : elles semblent se détacher tout d'une pièce en restant à peine adhérentes par un point de leur périphérie, ou bien par leur centre; puis elles sont soulevées par d'autres productions épidermiques, et c'est ainsi qu'elles se stratifient. Dans la moustache et dans la barbe les squames sont fort abondantes. Au niveau des oreilles elles sont accumulées dans la conque et en avant de l'antitragus. L'aspect général de la face est tout à fait celui d'une figure de pierrot, mais avec fond rouge.

La langue est d'un rouge vif, lisse, comme dépapillée, non douloureuse, humide, sans le moindre enduit, polie et comme vernissée. Le malade éprouve une sensation de sécheresse constante de la bouche : la gorge ne présente rien d'anormal.

Cou. — Sur le cou le derme est d'un rouge intense qui ne disparaît que très peu par la pression; il est souple et semble n'être que fort peu épaissi; il est facile de le plisser et de le rouler entre les doigts. Les squames qui le recouvrent présentent à peu près les mêmes caractères qu'à la face; celles qui reposent directement sur lui sont fort adhérentes; les plus superficielles sont un peu lamelleuses, n'adhèrent que par un point de leur étendue soit central soit périphérique et forment des dessins irréguliers.

Tronc. — Le dos dans toute son étendue présente absolument le même

Digitized by Google

aspect que le cou : en certains points cependant on y trouve quelques squames tout à fait superficielles, plus larges, fort inégales, sèches, d'un blanc mat et recroquevillées à leurs bords libres : elles sont sur le point de se détacher. Sur la partie antérieure du tronc la rougeur du derme est peut être un peu moins prononcée que sur le dos : autrement les lésions sont identiques. Sur les parties latérales, les squames sont beaucoup plus larges, fines, blanches, recroquevillées à leurs bords. Il en est de même à la partie inférieure de l'abdomen, et autour du nombril.

Membres supérieurs. — Sur les régions deltoïdiennes et externes des bras se voient des squames larges, sèches, d'un blanc mat, peu transparentes quoique minces, de 1 centimètre de large environ (sens vertical), sur deux ou trois centimètres de long (sens transversal), fort irrégulières, déchiquetées et frisottantes à leurs bords. Elles sont fort peu adhérentes et sur le point de tomber : au-dessous d'elles, on trouve un pityriasis blanc semblable à celui du cou et du tronc, et recouvrant un derme un peu moins rouge que celui de ces régions. A la partie postérieure du bras les squames sont un peu épaisses, d'un blanc un peu sale, opaques et assez semblables à celles du psoriasis. Sur la face interne du bras, elles forment même par leur réunion une sorte de carapace d'un blanc nacré, assez mince et peu adhérente, au-dessous de laquelle on trouve encore comme sur toute l'étendue du tégument externe les fines squames pityriasiques par lesquelles commence toujours la desquamation, quelle que soit la forme définitive qu'elle revête suivant la région, quand la squame devient caduque.

Aux aisselles, la peau desquame peu, mais elle y est également fort rouge de la plus grande sécheresse.

Au niveau de l'olécrâne, les squames sont peu abondantes et assez épaisses.

Les avant-bras sont recouverts d'écailles épaisses, un peu jaunes, résistantes, sèches, fort larges, de plusieurs centimètres d'étendue en tous sens, au-dessous desquelles le derme est lisse, luisant, d'une rougeur un peu moins vive qu'aux bras et devient fort rapidement squameux dès qu'il est à découvert. Ces squames sont rayées de plis dirigés obliquement de haut en bas et de dedans en dehors (face postérieure), de telle sorte qu'ils y délimitent des bandes de un demi-centimètre à 1 centimètre et demi de large, sur plusieurs centimètres de long. Au niveau du poignet, ces bandes sont presque horizontales et parallèles.

La face dorsale de la main est recouverte de fort larges squames de plusieurs centimètres carrés, brillantes, transparentes, mais collées à la peau, et se détachant peu à peu par leurs bords. Leur décollement ne fait que commencer sur les premières phalanges, sur les autres phalanges il n'existe pas encore, et les doigts à ce niveau sont luisants, durs au toucher, rigides, et donnent quand on les presse un peu fort une sensation d'élasticité : on dirait qu'ils sont recouverts de collodion ou de taffetas gommé. La même disposition existe sur toute la face palmaire de la main et des doigts. Les ongles ne présentent encore aucune altération visible.

Organes génitaux. — La région pubienne est d'un rouge vif ; elle est très squameuse, mais les poils ne tombent pas. Le pénis et le scrotum sont également d'un rouge intense recouvert de quelques larges lamelles épidermiques et surtout de nombreuses petites squames furfuracées : il en est de même du pli interfessier et de la région péri-anale : mais en tous ces points le derme est parfaitement sec, il n'y a pas le moindre suintement.

Digitized by Google

Membres inférieurs. — Les fesses et les cuisses sont d'une rougeur uniforme un peu moins intense que celle du tronc. Elles sont recouvertes de squames fort larges, de 3 à 4 centimètres de diamètre en tous sens, fines, d'un blanc mat, quoique assez transparentes, recroquevillées à leurs bords. Elles atteignent des dimensions encore plus considérables vers les genoux.

Les jambes sont d'un rouge très vif; elles sont excoriées et un peu suintantes à la suite d'applications de cataplasmes d'aigremoine.

Au niveau des articulations tibio-tarsiennes et sur le dos des pieds se voient des lamelles épidermiques de 5 à 6 centimètres de diamètre en tous sens, transparentes, sèches, absolument semblables à des feuilles de baudruche gommée comme couleur, épaisseur et consistance.

La plante des pieds et la face inférieure des orteils ne desquament pas encore : leur aspect est semblable à celui des mains; on dirait qu'on les a recouvertes d'une épaisse couche de collodion.

En résumé, sur toute la surface du tégument externe il n'y a pas la moindre petite place de peau saine. Partout on trouve une rougeur diffuse uniforme, (quoiqu'il y ait suivant les diverses régions du corps quelques légères nuances comme intensité de teinte), peu ou point d'épaississement de la peau, et une desquamation sèche également généralisée, mais très variable d'aspect, suivant l'âge des squames, et suivant la région considérée. La peau donne à la main une sensation assez nette de chaleur; mais la température rectale ne s'est élevée au-dessus de 38° que les deux premiers soirs.

Nous allons maintenant signaler très rapidement quelle a été la marche de la maladie.

Le 25 février, la desquamation continue toujours avec la même abondance; chaque matin on ramasse les squames par poignées dans le lit du malade. Aujourd'hui, il en existe de fort larges sur le devant de la poitrine, tandis que sur les cuisses elles ne sont plus que furfuracées. L'épiderme des mains et des doigts commence à s'enlever par larges lambeaux de plusieurs centimètres carrés : au-dessous la peau est rouge, un peu furfuracée. L'état général est toujours excellent; le malade mange bien : il a une soif excessivement intense, et boit continuellement; aussi urine-t-il 5 à 6 litres par jour : son urine ne renferme d'ailleurs ni sucre ni albumine, mais elle contient de l'urée en notables proportions, tandis qu'il y en a fort peu dans les squames. On met du liniment oléo-calcaire sur les jambes qui sont tout à fait excoriées, et on frotte le reste du corps avec du glycérolé d'amidon.

Le 28 février, l'amélioration est fort notable. La rougeur des téguments a beaucoup pâli, et a pris une légère teinte d'un brun sale. La desquamation continue cependant avec assez d'abondance sur le thorax et sur les bras. L'épiderme des mains est complètement tombé, celui des pieds continue à se détacher.

Le 2 mars, l'épiderme de la plante des pieds s'est détaché ce matin; il forme une sandale complète de 1 à 2 millimètres d'épaisseur, dure, résistante, cornée. Les ongles des orteils sont malades; ils sont jaunes, épaissis, rugueux, et fort ébranlés. On dirait qu'ils étaient soudés à l'épiderme de la plante des pieds, car, vers le pli sus-unguéal, on voit sur l'ongle un bourrelet saillant, corné, blanchâtre, constitué par un fragment de cet épiderme, qui est resté soudé à l'ongle, et de plus l'ongle est soulevé par une production cornée, vestige de ce même épiderme.

L'ongle du 5e orteil droit ne tient presque plus.

Digitized by Google

Le 10 mars toute desquamation bien apparente a cessé. Cependant quand le malade est resté pendant quelque temps sans se frotter de glycérolé d'amidon on voit encore çà et là quelques petites squames furfuracées. La peau a encore une certaine teinte rouge. L'ongle du 5e orteil droit est tombé. Tous les autres tiennent encore. A la racine de l'ongle de l'annulaire de la main droite on voit une profonde dépression transversale : cette dépression est encore à peine visible à la base des autres ongles des mains.

Le 24 mars, le malade ne présente plus aucun symptôme de rougeur ou de desquamation. Les cheveux sont en bon état : il n'en a perdu aucun.

Les ongles des orteils sont épaissis, rugueux, un peu jaunes, mais ils tiennent tous à l'exception de celui du 5e orteil droit qui est tombé vers le 7 mars. A la base de tous les ongles des doigts on voit maintenant une profonde dépression transversale, un peu inégale, surtout marquée aux ongles des pouces et des annulaires. Mais les ongles des mains dans tout le reste de leur étendue conservent leur coloration normale et ne semblent pas altérés.

Le 4 avril, le malade part pour Vincennes sans avoir présenté d'autres symptômes.

ÉRYTHÈME SCARLATINIFORME DESQUAMATIF (8e ATTAQUE)

DEUX ATTAQUES SUCCESSIVES A UN MOIS D'INTERVALLE. — CHUTE DES ONGLES.

Par **H. RICHARDIÈRE**, interne des hôpitaux.

Observation de Pierre Salla, tailleur, âgé de 37 ans, entré le 17 novembre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Thomas, lit n° 3, service de M. Empis.

Dans la nuit du 13 au 14 novembre, notre malade, homme robuste, de vigoureuse constitution, sans aucun antécédent rhumatismal personnel ou de famille, sans diathèse, ayant à peine ressenti la journée précédente un malaise léger avec perte d'appétit, eut un frisson assez intense bientôt suivi de mal de tête et d'indisposition générale. Il se rendormit néanmoins ; et, le lendemain matin, se réveilla courbaturé. La journée du 14 se passa dans un état de malaise général. Enfin, dans la nuit suivante, du 14 au 15, sa peau tout entière se couvrit d'une éruption sur laquelle nous allons appeler l'attention.

Quand nous examinons Salla pour la première fois, il est malade depuis trois jours pleins. Son état général ne paraît pas grave. Il se plaint seulement d'un peu de lourdeur de tête. Il a cependant un peu de fièvre. Sa température est de 38°,5 le matin. Son pouls est à 100 pulsations. Son corps est couvert d'une éruption scarlatiniforme étendue à toute la superficie. La couleur en est rouge un peu foncé. La teinte s'efface complètement à la pression.

Digitized by Google

Cette éruption est étendue à tout le corps. Sa nuance est à peu près égale, sans prédominance sur telle ou telle partie du corps. La face n'est pas épargnée La couleur rouge y existe, un peu moins prononcée cependant que sur le reste du corps.

En même temps que cette éruption, on voit en différents points du corps une éruption de miliaire extrêmement nette. Sur le tronc, les vésicules sont particulièrement nombreuses et du volume d'une tête d'épingle. Elles sont presque confluentes.

La gorge est, au dire du malade, un peu douloureuse. On y voit une rougeur assez prononcée du voile du palais et des amygdales. Cette rougeur s'accompagne d'une légère infiltration de la muqueuse.

Les ganglions sous-maxillaires n'étaient nullement engorgés.

La langue commençait manifestement à perdre son épithélium. En certains points, cet enduit avait disparu. A ce niveau, la muqueuse était rosée, sans saillie des papules. A côté de ces îlots dépourvus d'épithélium, il existait des places où on en constatait encore la présence.

Comme nous l'avons déjà noté, les symptômes généraux étaient insignifiants. Légère fièvre, sans même perte de l'appétit.

L'éruption était prurigineuse.

Enfin, il n'y avait pas trace d'albumine dans les urines.

Cette éruption se rapprochait, en définitif, d'une éruption de scarlatine. Malgré quelques phénomènes un peu insolites, absence de bubons, de fièvre intense, d'angine sérieuse, c'était le diagnostic auquel on devait penser tout d'abord. Mais, ce qui empêchait, même en un instant, de faire ce diagnostic, c'était l'interrogatoire du malade.

Salla disait, en effet, qu'il avait cette éruption pour la huitième fois. Il ne s'en étonnait pas; il annonçait les phénomènes ultérieurs. Il ne serait même pas entré à l'hôpital, s'il n'avait craint les suites constantes de cette maladie. Il disait, en effet, que cette éruption était suivie d'une desquamation complète, totale, de la peau. Les sept fois qu'il avait déjà eu son érythème, sa peau s'était entièrement dépouillée. Les sept fois ses ongles étaient tombés et cette chute, demandant environ deux mois pour être complète, il en résultait une gêne considérable pour son travail.

Il nous était, d'ailleurs, facile de contrôler l'exactitude de cette narration par le simple examen des ongles des doigts de la main et des orteils. Ces ongles étaient certainement de formation récente. Ils étaient minces, peu résistants, de couleur rosée.

L'événement nous a permis de les contrôler par nous-même.

Le malade ne savait à quoi attribuer ces attaques d'érythème scarlatiniforme. Il avait eu son premier à l'âge de 21 ans ; depuis, à des intervalles assez réguliers, de deux en deux ans, la maladie recommençait sans être appelée par aucune circonstance extérieure appréciable. Il était pris sans raison en hiver comme en été.

Salla jouit d'une bonne santé ordinaire. Il n'a jamais été malade. Il se plaint seulement d'hémorroïdes facilement procidentes qui ont, peu de temps avant son entrée à l'hôpital, déterminé une rectite violente, pour laquelle il lui a été ordonné du bromure de potassium.

Il est impossible de voir le moindre rapport entre l'ingestion de ce médicament et l'apparition de l'érythème. Aux attaques précédentes, il n'avait pris aucun médicament.

Disons encore que personne dans la famille de Salla ne présente les mêmes

Digitized by Google

accidents. Son frère et sa sœur en ont été indemnes jusqu'à ce jour. Les trois enfants qui habitent la même chambre que lui ont toujours été épargnés.

19 *Novembre.* — La fièvre a tombé. La température est de 37°.

La coloration persiste.

20 *Novembre.* — La coloration commence à s'atténuer. Elle est bien moindre sur le tronc.

La langue est complètement dépouillée.

21 *Novembre.* — La coloration persiste à peine, et déjà la desquamation commence à se faire. Elle débute au niveau des vésicules de miliaire. Elle se fait par larges plaques.

22 *Novembre.* — La desquamation occupe tout le tronc et tout le dos, dont la peau s'en va par larges lambeaux, d'une largeur de plusieurs centimètres. Ces lambeaux se rejoignant, il en résulte que tout l'épiderme ancien disparaît.

La desquamation dure cinq ou six jours.

27 *Novembre.*— Le malade demande à sortir pour affaires de famille. Nous le laissons partir, et nous n'en entendons plus parler jusqu'au 10 décembre. Ce jour là, il rentre à l'hôpital dans des circonstances fort intéressantes.

Il est repris depuis la veille d'un nouvel érythème scarlatiniforme. Il est absolument dans le même état que quand nous l'avons vu pour la première fois le 17 novembre.

Son corps est d'une rougeur uniforme, couvert de vésicules miliaires.

Dire les symptômes qu'il présente, serait répéter ce que nous avons noté dans la première observation. D'ailleurs, même évolution de la maladie, même desquamation de la langue et de la surface du corps.

En un mot, identité absolue de phénomènes.

Le côté intéressant de cette deuxième attaque, si rapprochée de la première, fut qu'elle nous permit de voir la chute des ongles du malade, dont il nous avait parlé comme d'un phénomène se produisant invariablement à toutes ses attaques d'érythème scarlatiniforme. Son départ hatif, le 27 novembre, ne nous avait pas permis d'observer le phénomène qui, d'ordinaire, débutait trois semaines seulement après le commencement de la maladie, et n'était complet qu'après deux mois révolus.

Nous vîmes, en effet, les ongles, principalement ceux des pouces et des gros orteils, se soulever par leur bord postérieur, repoussés par un ongle de formation récente. Peu à peu, les ongles se décollaient par leurs bords latéraux, faisant place, par un mouvement de bascule, à l'ongle nouveau.

Quand nous perdîmes le malade de vue, les ongles étaient à moitié détachés. Nul doute que depuis la chute n'ait eu lieu.

Digitized by Google

REVUE DE DERMATOLOGIE

THÉRAPEUTIQUE.

I. — La gélatine glycérinée employée comme excipient dans le traitement des affections de la peau, par P.-G. Unna et P. Beiersdorf. (*Monatshefte für prakt. Dermat.* Band II, n° 2.)

II. — De l'emploi de l'acide chromique dans certaines affections de la langue, par Henry-C. Butlin. (*The Practitioner*, mars 1883, vol. XXX, n° 3, p. 175.)

III. — Comment on doit diriger le traitement de la teigne tondante par Arthur van Harlingen, (*Medical news*, 17 et 24 mars 1883, p. 297, 325.)

IV. — Traitement de l'anthrax, par Olavide. (*Giorn. Ital. delle mal. ven.*, 1882, p. 123.)

Nous avons pris soin de faire connaître avec détails, dans un précédent article (avril 1883), le mémoire du professeur Pick sur *l'emploi de la gélatine médicamenteuse dans les affections de la peau*, par cette raison que, pour la pratique de la ville, aussi bien que pour celle de l'hôpital, il reste encore beaucoup de progrès à faire dans l'application des médicaments réputés les plus actifs, et dont le procédé semble suffisamment perfectionné seulement à ceux qui ne sont pas aux prises, chaque jour, avec les difficultés nombreuses de cette pratique noscomiale ou urbaine. A la vérité, le nouveau progrès réalisé trouve encore bien des difficultés, et même des impossibilités de réalisation (il nous a été facile de nous en assurer par les difficultés que nous avons rencontrées dès nos premières expérimentations, non moins que par l'imperfection des résultats thérapeutiques obtenus). Il n'y a pas lieu, après un temps si court, de se prononcer encore; et nous continuerons avec persévérance nos tentatives avec d'autant plus de soin que le travail de Unna vient apporter de nouveaux éléments à la question, en modifiant le mode de préparation, et en étendant le champ d'action, non moins qu'en multipliant les agents de la médication nouvelle.

Indépendamment des avantages résultant de la compression anémiante, légère, produite par les applications gélatinées, qui ont sur le collodion

Digitized by Google

l'avantage d'être perméables aux évaporations tégumentaires, et de ne jamais déterminer d'irritation comme le collodion, on espère encore, par ces applications, éviter pour les linges et les vêtements les inconvénients des pommades, et obtenir, pour les surfaces malades, une sorte d'épiderme factice utilisable dans un grand nombre de cas de prurit, ou quand la peau a besoin de cette protection pour un motif quelconque.

Il était, tout d'abord, important, pour éviter à chacun des tâtonnements qui auraient rebuté le plus grand nombre, de préciser les proportions, très diverses, dans lesquelles devaient entrer les éléments des préparations à formuler pour satisfaire aux indications variées que l'on peut chercher à remplir. Unna et Beiersdorf ont précisé les conditions de préparation avec un grand soin, et ils les ont résumées dans les tableaux suivants.

TABLEAU A. — *Gélatines glycérinées molles.*

0/0 de médicament.	0/0 de gélatine.	0/0 de glycérine.	0/0 d'eau.	Usage.
5 Iodoforme	5	20	70	Ulcères, bubons.
10 —	5	20	65	
10 Soufre	5	20	65	
5 Camphre	5	25	65	
10 Soufre 2 Camphre 1 Carbonate de chaux	5	25	57	Acné.
10 Soufre 1 Carbonate de chaux	5	25	59	
10 Oxyde de zinc	5	20	70	
10 — 1 Carbonate de chaux	5	20	64	
10 Alumine	5	30	55	Erythème, eczéma, érysipèle.
10 Acétate d'alumine	5	30	55	
10 Lithargyr	5	20	65	
10 Acétate de plomb	5	20	65	
10 Carbonate de plomb	5	20	65	
10 Iodure de plomb	5	25	60	Bubons, épididymite.
10 Oxyde de zinc 10 Acétate d'alumine	5	30	45	Erysipèle.
5 Huile de naphte	5	25	65	Psoriasis, gale.
5 Arsenic 5 —	5	25	65	Tumeurs ulcérées.
0,01 Sublimé	5	25	65	
5 Chrysarobine	5	90	»	Psoriasis, mycosis, hémorrhoïdes.
10 —	5	85	»	
5 Acide pyrogallique	5	90	»	

Les chiffres contenus dans le tableau A sont calculés de façon que la gelée gélatineuse présente, avant l'usage, à peu près, la consistance d'une bougie de gélatine; en la plaçant dans l'eau chaude, elle se transforme en un liniment que l'on applique à l'état chaud, avec un pinceau, sur la peau où elle se durcit de nouveau rapidement en une pellicule gélatineuse. Unna et Beiersdorff donnent à ces gelées le nom de *gélatines glycérinées molles.*

Digitized by Google

TABLEAU B. — *Gélatines glycérinées dures* (1).

0/0 de médicament.	0/0 de gélatine.	0/0 de glycérine.	0/0 d'eau.	Usage.
0,1 Sublimé.....	10	50	40	Mycosis, acné, syphilides.
0,1 — ..... 3,6 Acide phénique..... 10,0 Oxyde de zinc.....	10	50	25	Lichen rouge, mycosis.
10,0 Chloral hydraté.....	10	40	40	
5,0 Chloral..... 5,0 Camphre.....	10	40	40	
5,0 Chloral..... 5,0 Camphre..... 5,0 Acide phénique.....	10	40	35	Antiprurigineux.
5,0 —	10	45	40	
10,0 —	10	40	40	
5,0 Acide acétique.....	10	50	35	
5,0 Acide salicylique....	10	40	45	Condyl. acum., verrues.
10,0 —	10	45	35	Mollusc. contag., cors, cions.
20,0 —	10	50	20	
5,0 Extraits narcotiques liquides.....	10	40	45	
10,0 Extraits narcotiques liquides.....	10	40	40	Herpes zoster, névralgies.
5,0 Extraits narcotiques fixes.....	10	50	35	
10,0 Extraits narcotiques fixes.....	10	50	30	
5,0 Poix liquide.....	10	60	25	Eczéma, psoriasis.
5,0 Baume du Pérou.....	10	60	25	Gale.
5,0 Styrax.....	10	60	25	
5,0 Ichtyol.....	10	60	25	Eczéma, psoriasis.
10,0 Poix liquide.....	10	50	30	Acné, acné rosacée, engelures ulcérées.
10,0 Ichtyol.....	10	50	30	
20,0 Graisse.....	10	40	30	
5,0 Acide pyrogallique...	10	85	»	Psoriasis, tumeurs, ulcères.
10,0 — ...	10	80	»	

Dans le tableau B, les auteurs ont réuni les substances pour lesquelles il faut prescrire une proportion de 10 0/0 de gélatine, *gélatines glycérinées dures*. On peut les employer de la même façon que celles énumérées dans le tableau A, mais leur consistance ordinairement très considérable permet aussi de les appliquer d'une autre manière. On verse quelques gouttes d'eau bouillante sur la surface de ces préparations de gélatine, on plonge le pinceau dans la cavité produite par l'eau chaude et l'on applique avec ce pinceau le liquide qui se sèche rapidement. Il est vrai que l'on ne connaît plus alors la force exacte, proportionnelle au point de vue de la substance active de la solution employée. Par contre, les auteurs font remarquer que cette méthode

(1) Pour les pharmaciens qui voudront tenir ces préparations, nous ferons observer que pour exécuter promptement les compositions qui suivent, il faut absolument avoir chez soi une gelée clarifiée et solidifiée en tablettes, contenant 1 de gélatine et 3 à 4 de glycérine. De cette masse, on prendra la quantité nécessaire pour exécuter la prescription et on la fera fondre au bain-marie. Pendant cette opération, on dissout lentement la substance médicamenteuse — suivant sa nature — dans l'eau ou dans la glycérine, puis on l'ajoute à la gelée fondue en ayant soin de bien agiter, après quoi on verse le mélange dans un moule de papier où il prend la forme de tablettes (gélatines molles) ou bien dans un pot que l'on remplit seulement jusqu'à moitié (gélatines dures). (UNNA et BEIERSDORF.)

Digitized by Google

est très économique, qu'elle est peut-être plus commode que l'autre et que sous ce rapport on peut la recommander d'une manière générale pour la pratique policlinique et particulièrement pour les cas où il y a moins besoin d'un médicament possédant une force toujours égale que d'une surveillance constante du médecin.

Unna et Beiersdorff ajoutent que la distinction qu'ils ont indiquée des gélatines glycérinées en *dures* et en *molles* ne doit pas être naturellement interprétée en ce sens que les substances médicamenteuses du tableau A ne pourraient être employées qu'à l'état de gélatines molles et celles du tableau B seulement à l'état de gélatines dures. Au contraire, toutes les substances du tableau A peuvent également être transformées par une proportion de gélatine de 10 0/0 en gélatines même très dures, pour servir à un but spécial, quand par exemple elles doivent être appliquées de la seconde manière que nous avons indiquée et que l'usage doit en être longtemps prolongé. D'un autre côté on peut exceptionnellement avoir le désir d'employer les substances du tableau B avec 5 0/0 de gélatine et de combattre la fluidité du mélange, seulement après son application avec le pinceau, en le recouvrant d'un bandage de linge. Nos tableaux ne donnent également pas toutes les proportions, mais seulement celles qui, comme on pouvait le prévoir, se sont montrées le plus utiles dans la pratique, de même que les dénominations de gélatines dures et molles indiquent de suite la possibilité de certaines modifications que l'on peut désirer.

TABLEAU C. — *Gélatines glycérinées dures.*

0/0 de médicament.	0/0 de gélatine.	0/0 de glycérine.	Usage.
10 Huile de cade	20	70	Eczéma, psoriasis, etc.
10 Huile de fragon	20	70	
20 Huile de cade	20	60	
20 Huile de fragon	20	60	
20 Poix liquide	20	60	
20 Ichtyol	20	60	
10 Poix liquide 10 Ichtyol	20	60	
10 — 10 Huile de cade	20	60	
30 Graisse	20	50	
5 Tannin	20	75	Psoriasis, tumeurs, mycosis, ulcères.
5 Acide pyrogallique	20	75	
10 —	20	70	
20 —	20	60	

Dans le tableau C, sont réunies un petit nombre de gelées contenant 20 0/0 de gélatine; on y trouve d'abord quelques substances liquides du tableau B qui, lorsqu'on les emploie à une dose très élevée, exigent 20 0/0 de gélatine. Puis le tannin l'acide pyrogallique et la graisse, substances plus difficiles à manier et sur lesquelles nous aurons encore à faire quelques observations. Les gelées contenues dans le tableau C peuvent naturellement, comme celles du tableau B, être transformées en gélatines molles ou dures.

En jetant un simple coup d'œil sur ces tableaux, on reconnaît de suite que pour la chrysarobine (tabl. A) il n'y a pas d'addition d'eau et que la propor-

Digitized by Google

tion de glycérine doit être portée extraordinairement haut. C'est là une circonstance qui simplifie beaucoup ces formules souvent employées, et qui est motivée par ceci que cette substance associée à la gélatine donne une masse qui devient extrêmement dure. Tandis que dans ce cas l'addition d'eau est superflue, elle doit être absolument évité dans les préparations d'acide pyrogallique (A, B et C) et de tannin (C), parce que la moindre parcelle d'eau donne aussitôt naissance à des modifications chimiques entre la gélatine et les deux médicaments. Tandis que nous supposions à priori que l'acide pyrogallique se décomposerait et par suite serait tout à fait impropre à l'emploi sous forme de gelée, nous avons reconnu au contraire que, pourvu que l'on évite tout contact avec l'eau, la décomposition de l'acide pyrogallique est très limitée, et l'avenir nous apprendra si les gélatines glycérinée dures (C) ne constituent pas l'excipient le plus convenable pour ce médicament si difficile à conserver. Naturellement toutes les gélatines à l'acide pyrogallique (dures ou molles) devront être fondues non pas en y versant de l'eau, mais en les chauffant au bain-marie dans un vase clos.

Le contact de l'eau est encore plus dangereux pour les gelées de tannin, aussi est-ce encore une question de savoir si ces préparations sont appelées à jouer un rôle dans le traitement des maladies de la peau. La simple humidité de l'air suffit déjà pour altérer la gélatine au tannin.

Il est intéressant de voir que la graisse elle-même peut être employée sous cette forme médicamenteuse et comme le montre le tableau B, avec addition d'eau. Le maximum de la graisse arrive environ à 30 0/0 mais dans ce cas il faut la mélanger avec une gélatine glycérinée pure, sans addition d'eau (tabl. C) La possibilité de cette composition montre que, entre les pommades à base de graisse et les gelées à base de gélatine, on peut établir des formes médicales transitoires dont nous nous occuperons plus tard au point de vue de leur préparation et aussi de leur emploi thérapeutique.

Les anti-prurigineux composés de chloral hydraté, de camphre et d'acide phénique (tabl. B) contiennent une très faible quantité de gélatine (10 0/0). A cause de leur consistance, ils pourraient peut-être mieux se rattacher aux gélatines du tableau C qui contiennent 20 0/0 de gélatine, bien que pour ces substances, comme pour tous les médicaments volatiles et qui doivent être promptement employés, il est naturellement préférable en principe qu'elles ne contiennent qu'une faible proportion de gélatine.

Pour les baumes qui font partie du tableau C, il ne faut pas d'addition d'eau; non pas que l'eau soit incompatible avec ces substances, mais il vaut mieux pour cette sorte de gélatine que l'on n'y ajoute pas d'eau. Cela simplifie beaucoup toutes les formules du tableau C.

Les gelées gélatineuses soit dures, soit molles, ont une consistance qui permet parfaitement qu'on les prépare d'avance et qu'on les conserve dans les pharmacies; pour ce motif, et aussi puisque, comme on peut le voir par les tableaux A, B et C, beaucoup de médicaments de l'arsenal thérapeutique des maladies de la peau admettent cette nouvelle forme, celle-ci entre sans doute en concurrence avec d'autres modes d'application déjà expérimentés. Ce sera l'objet d'une intéressante étude pour l'expérience future, de décider quels sont les cas où cette forme médicamenteuse doit donner les meilleurs résultats pratiques. Certaines substances — comme la chrysorabine — et certaines parties du corps excessivement mobiles — comme le coude et la paume la main — nous semblent dès à présent être parfaitement disposées pour genre de traitement. D'un autre côté il se comprend de soi-même

Digitized by Google

ce que les gelées gélatineuses n'atteindront jamais la rapide incorporation des pommades à base de graisse, qu'elles n'auront jamais une action aussi forte que les bandages faits avec des emplâtres de gutta-percha, et qu'enfin elles ne seront jamais aussi maniables que le collodion. Par contre, elles surpassent ces deux dernières méthodes ainsi que l'usage des pommades à base de graisse, en ce sens qu'on peut les appliquer d'une manière générale dans des cas de maladies de la peau très étendues et même universelles.

Voilà maintenant toutes les données nécessaires entre les mains du lecteur qui pourra sans difficulté réaliser celle des applications qui lui agréera.

En raison des nombreux détails de précision pharmacologique, nous avons laissé presque textuellement la parole à Unna et à Beiersdorf, à qui on ne saurait être trop reconnaissant pour le soin qu'ils ont mis dans cette étude si intéressante et si utile. Ernest Besnier.

II. — L'acide chromique a été déjà prescrit dans le psoriasis lingual par Sir James Paget (*Clinical lectures and Essays*, 2e éd. p. 373), qui conseillait de toucher les plaques blanches de la langue avec une solution saturée ou très forte de cette substance. L'auteur a repris cette médication; mais il l'a considérablement étendue : il l'a en effet essayée chez vingt-sept malades atteints de diverses affections linguales, et, sur ces vingt-sept malades, vingt ont été guéris ou grandement améliorés, sept n'en ont obtenu que peu ou point de résultats. Dans ces derniers cas, il s'agissait soit de glossites chroniques superficielles, soit de glossites syphilitiques tertiaires. Dans les vingt premiers, il y avait sept glossites chroniques superficielles, et treize affections syphilitiques secondaires variées. D'après l'auteur, l'acide chromique guérit avec une merveilleuse rapidité les accidents syphilitiques secondaires, ulcères, tubercules muqueux, condylomes : il n'a pas d'action appréciable sur les accidents tertiaires, les gommes, les ulcérations profondes, les syphilides tuberculeuses. Il a rapidement amélioré quelques cas de glossites chroniques superficielles, qui s'accompagnaient de légères ulcérations, et de poussées inflammatoires répétées : mais son action, loin d'être utile, a été plutôt nuisible dans d'autre cas de glossites où l'inflammation du tissu lingual était intense et franchement aiguë. Dans ces cas, il vaut mieux employer la glycérine ou bien l'acide borique et des topiques calmants. — L'auteur cite un cas d'ulcération syphilitique tertiaire de la langue qui a été guérie en moins d'un mois par des applications d'acide chromique; mais il nous semble que ce fait ne peut avoir aucune valeur, car le malade prenait en même temps du mercure. — La solution d'acide chromique qu'emploie le Dr Butlin est de 10 grains (0gr,648) d'acide pour une once (28gr,349) d'eau. Quelquefois il élève la dose d'acide chromique à 15 grains (environ un gramme). Il en badigeonne trois ou quatre fois par

Digitized by Google

jour les parties malades avec un pinceau en poil de chameau. Ces applications ne sont que rarement douloureuses. Sous leur influence, les plaques surélevées s'affaissent rapidement, et les petites aréoles rouges dont elles sont entourées disparaissent. L'auteur en conclut que l'épithélium de ces productions morbides (*mucous tubercles and condylomata*) se ratatine ou disparaît, et que les vaisseaux se resserrent sous l'influence de l'acide. Nous ne pouvons nous empêcher de regretter, en terminant cette courte analyse, que le Dr Butlin n'ait pas mieux expliqué dans son intéressant travail, quelle est l'affection qu'il désigne sous le nom de glossite chronique superficielle. L. B.

III. — La plupart des précautions qu'indique l'auteur dans son article sont déjà connues depuis longtemps à Paris, à l'hôpital Saint-Louis en particulier : ce ne sont pas en effet des méthodes nouvelles qu'il préconise ; il insiste seulement sur les soins minutieux que l'on doit apporter dans l'application des procédés anciens, qu'il considère comme excellents. Il soutient que si l'on ne réussit pas avec eux, c'est que l'on s'en sert d'une façon inintelligente. Or, on a à combattre un champignon qui envahit les parties les plus profondes du follicule, qui est très vivace, et qui n'est détruit que s'il est directement mis en contact avec l'agent parasiticide. — L'épilation ne doit pas être pour lui un arrachement indistinct de tous les cheveux qui se trouvent dans le voisinage d'une plaque malade, il pense qu'on ne doit enlever que ceux qui semblent avoir été atteints par le parasite. Il faut épiler d'une façon régulière, prendre une surface bien limitée pour chaque séance, et ne pas arracher çà et là quelques cheveux. Immédiatement après l'opération, il faut appliquer la substance parasiticide, car elle pourra ainsi pénétrer plus facilement dans les follicules encore ouverts.

L'auteur fait remarquer de plus que le malade, en se grattant, en se peignant ou en se brossant les cheveux, peut disséminer le champignon sur tout le cuir chevelu ; aussi faut-il avoir bien soin pendant le traitement de regarder s'il ne se produit pas de nouvelles plaques, et de faire des frictions parasiticides générales. Il ne faut pas croire, d'ailleurs, que l'affection revête toujours la forme si caractéristique d'une tonsure, la présence du champignon peut ne se manifester que par quelques squames ou par une petite plaque arrondie ressemblant à de la crasse, au niveau de laquelle on trouve parfois un ou deux petits cheveux malades : ce seront là, si on n'y prend pas garde, autant de foyers d'infection. L'auteur recommande de ne pas laver trop souvent le cuir chevelu ; il doit en effet, dit-il, laisser le parasiticide, quelle qu'en soit la nature, le plus longtemps possible en contact avec les parties malades, afin qu'il puisse pénétrer profondément dans les follicules. Il suffit d'ordinaire de

Digitized by Google

laver le cuir chevelu une fois tous les quinze jours. Le Dr Harlingen croit aussi qu'il est bon de raser les cheveux ou tout au moins de les couper très courts ; il est ainsi beaucoup plus facile de faire les applications parasiticides. Cependant il est nécessaire de ne pas raser les points où l'on doit pratiquer l'épilation, car cette opération deviendrait impossible. C'est avec une brosse rude ou avec une éponge montée au bout d'un bâton qu'il faut faire les frictions parasiticides, car il est utile de frotter avec assez de force les parties malades.

D'après les recherches de l'auteur, ce seraient les enfants à chevelure fine et blonde qui seraient le plus exposés à prendre la teigne tondante, tandis que les enfants qui ont des cheveux foncés semblent y être moins prédisposés et en guérissent beaucoup plus facilement. Les sujets débilités et les scrofuleux prennent aussi très facilement le trichophyton qui trouve chez eux un terrain excellent pour se développer, aussi est-il bon de prescrire à ces malades un traitement interne, de l'huile de foie de morue, par exemple, en même temps qu'on leur applique le traitement externe.

Parmi les meilleurs topiques que l'on puisse employer contre la trichophytie du cuir chevelu, l'auteur cite l'acide phénique, dont il se sert pour détruire le parasite sur les plaques malades, et aussi comme moyen préventif pour l'empêcher d'envahir les parties saines. Il emploie un mélange de 1 partie d'acide phénique pur pour 3 à 6 parties de glycérine. On en frotte tout le cuir chevelu, et l'on a bien soin de l'en tenir imbibé, car, quand il est sec, il s'y forme des squames qui peuvent être des agents de contagion : il faut de plus que la tête de l'enfant soit constamment recouverte d'un bonnet de toile. On peut toutefois appliquer directement sur les plaques malades une glycérine plus fortement phéniquée (une partie d'acide phénique pour deux ou trois parties de glycérine). La glycérine pénétrerait très facilement jusqu'aux racines des cheveux.

L'auteur se sert aussi quelquefois de préparations vésicantes telles que le collodion à la cantharide, dont il passe plusieurs couches sur les plaques malades après les avoir préalablement rasées. Il ne croit pas qu'on puisse sans inconvénients appliquer cette substance sur de très grandes surfaces, aussi n'en met-il en une fois que sur trois ou quatre pouces carrés. En enlevant la croûte qui se forme après que le vésicatoire a séché, on entraîne un grand nombre de tronçons de cheveux malades; c'est une sorte d'épilation incomplète. Puis on fait tout de suite une friction avec la glycérine phéniquée.

Le Dr Harlingen emploie aussi dans les cas rebelles l'oléate de mercure à 6 0/0: il en mélange sept parties à une partie d'éther acétique. Il prétend que cette préparation pénètre plus rapidement qu'aucune autre jusqu'aux racines des cheveux. Il termine son article en

Digitized by Google

insistant sur la prophylaxie de la teigne tondante, sur la nécessité d'isoler les enfants malades, etc., mais toutes ces mesures préventives sont maintenant trop bien connues en France, depuis les beaux travaux des médecins de l'hôpital Saint-Louis pour que nous croyions utile de les énumérer ici. L. B.

IV. — Comme traitement abortif de l'anthrax, Olavide conseille de faire à la base de la tumeur inflammatoire des injections sous-cutanées d'acide phénique en se servant de la solution suivante : Acide phénique 5, alcool 10, eau distillée 100.

La douleur est rapidement calmée, la tuméfaction diminue, la fièvre s'apaise, et, dès le troisième jour, cesse complètement. En continuant les injections, et en plaçant sur la surface malade de la charpie imbibée de la même solution, il serait, paraît-il, habituel d'obtenir la résolution vers le huitième jour. JULLIEN.

Digitized by Google

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE ET RACHITISME.

I. — Syphilis héréditaire et rachitisme. Communication de M. Parrot. (*Société de chirurgie*. Séance du 21 février 1883.)

II. — Rapports du rachitisme et de la syphylis. Communication de M. Cazin (de Berck-sur-mer). (*Société de chirurgie*. 11 avril 1883).

III. — Lettre de M. Magitot, dans la *Gazette hebdomadaire* du 20 avril 1883.

IV. — Rachitisme et syphilis. — Signes tirés des lésions trophiques des dents, par M. Magitot. (*Société de chirurgie*. Séance du 25 avril 1883).

V. — Rachitisme et syphilis, par M. Gibert (du Havre). — *Gazette hebdomadaire*, nos 19 et 21. 1883.

Depuis très longtemps on a soupçonné que des liens étroits réunissaient la syphilis héréditaire au rachitisme. Mais cette conception vague, ne reposant sur aucun fait précis, a pris une importance capitale, depuis que M. le professeur Parrot s'est efforcé de l'établir sur les bases solides de l'anatomie pathologique et de la clinique. En ce moment la doctrine défendue par M. Parrot rencontre de nombreux opposants ; aussi les travaux abondent sur la question, et tous les jours des communications sont faites aux sociétés savantes.

Avant d'analyser les travaux qui ont été publiés dans ces derniers temps, sur les relations qui existent entre la syphilis héréditaire et le rachitisme, il nous paraît utile de rappeler rapidement l'état de la question.

A part une observation isolée de Ranvier (1), qui, dès 1865, signalait chez un enfant syphilitique mort un mois après sa naissance, le retard de l'ossification et la disjonction des épiphyses, l'histoire de la syphilis osseuse héréditaire était toute à faire quand parut en 1870 le mémoire de Wegner sur l'histologie des os des enfants syphilitiques. Jusque-là la question clinique n'était pas abordée et c'est M. le professeur Parrot qui, en 1872, a commencé cette étude.

Dans la séance du 4 mai 1872, le professeur Parrot présenta à la Société de Biologie deux observations de syphilis osseuse héréditaire et conclut ainsi :

« Le mal, qui consiste essentiellement en une déviation du processus for-

(1) Société de Biologie, 1865.

Digitized by Google

mateur des os, se manifeste, en omettant quelques détails secondaires, par une production excessive et irrégulière de matière osseuse à la périphérie; d'où résultent certaines déformations parfois très apparentes, et par une médullisation et une décalcification de l'os ancien, qui, bien que très partielles, déterminent parfois la rupture des diaphyses au voisinage des extrémités.

Cela fait penser au rachitis, et l'on est tenté de le comparer à la syphilis héréditaire, au point de vue des lésions que ces deux maladies déterminent dans le système osseux. »

M. Parrot différencie cependant les lésions de rachitisme et de la syphilis héréditaire.

Dans le rachitisme, les déformations consistent en tuméfaction des extrémités et courbure des diaphyses; dans la syphilis, en excroissances osseuses.

Dans le rachitisme le tissu préformé se décalcifie et se médullise et celui qui se développe d'une façon exubérante ne s'incruste pas de sels calcaires.

Dans la syphilis la médullisation et la décalcification sont peu actives et circonscrites.

Le 1er juin de la même année, M. Parrot présentait à la Société de Biologie une observation de rachitis d'origine syphilitique. Il s'agissait d'un enfant de 10 mois dont la mère était syphilitique, et qui lui-même portait des traces irrécusables de syphilis héréditaire. Le crâne offrait la déformation *natiforme*. Les os, et surtout l'humérus droit, le radius étaient tuméfiés.

L'autopsie révéla les lésions osseuses suivantes : Périoste épaissi. — La surface des os est recouverte d'un tissu rosé foncé, spongoïde élastique et criblé d'orifices. C'est le dépôt de ce tissu à la surface du frontal et des pariétaux qui donne au crâne sa forme spéciale. Les fibres du tissu déposé à la surface des os, sont perpendiculaires à la surface de celle-ci. En plusieurs points ce tissu se médullise, et dans les espaces médullaires il y a de petits amas de moelle. Le cartilage est altéré. L'humérus droit, fracturé, est entouré par un manchon de tissu spongoïde. Le tibia et le péroné gauche sont fracturés aussi. Les côtes, surtout à leur extrémité antérieure offrent à leur surface du tissu chondroïdo-spongoïde. Cliniquement l'enfant était rachitique et après l'autopsie, M. Parrot persistait à dire qu'il était rachitique, mais de par la syphilis.

« *Donc la syphilis héréditaire doit être considérée comme une cause de rachitis.* » M. Parrot ajoutait que cette hypothèse entrevue par Glisson, Portal, Lefèvre de Villebrune, qui accusaient la syphilis au même titre que la dartre, la scrofule, le scorbut, pour expliquer le développement du rachitis, doit actuellement être considérée comme une vérité solidement établie.

A partir de 1873, les bulletins de la Société anatomique présentent de nombreuses observations avec pièces à l'appui sur cette question. Le 7 février 1873, M. Parrot met devant les yeux de cette société les os d'un enfant syphilitique, chez lequel il avait diagnostiqué : *syphilis héréditaire combinée avec le rachitisme*. L'autopsie montra les faits suivants :

Rate énorme, indice de la syphilis infantile. Tous les ganglions son hypertrophiés, autre signe de grande valeur. Les cartilages articulaires sont érodés superficiellement, la synoviale offre des fongosités (surtout au niveau du coude.) Les os, (surtout les pariétaux) sont *rouges par places*, au niveau desquelles on voit une couche de tissu spongoïde élastique, dépressible. On observe à leur surface des *taches rosées* qui répondent à des érosions osseuses. Les premières lésions osseuses se rencontrent dans le rachitis.

Digitized by Google

Les secondes sont caractéristiques de la syphilis héréditaires pour M. Parrot. L'humérus est enveloppé de tissu fibro-spongoïde. On observe, à un faible degré la couche chondro-calcaire, si constante chez les enfants syphilitiques. Entre la surface de l'os et le tissu spongoïde qui l'entoure, on voit en un point un espace médullaire. Des lésions analogues existent sur les autres os.

Ces lésions, quoique différant du rachitis, ont avec cette affection des points de ressemblance marquée. Couche chondro-spongoïde sur l'épiphyse. — Zone spongoïde à l'extrémité de la diaphyse. — Couche spongoïde ayant une certaine tendance à se médulliser autour de la diaphyse; — os décalcifiés et se laissant couper aisément.

Le 21 février de la même année, M. Parrot présente à la société anatomique un cas *d'infiltration gélatiniforme*. La peau, le foie, la rate offrent des altérations syphilitiques. Les os sont recouverts d'une couche chondro-calcaire. — Le tissu spongieux est ramolli, et le canal médullaire est rempli par un tissu gélatiniforme. La diaphyse de plusieurs os est comme subdivisée en plusieurs bandes par le travail de médullisation. Erosions sur le frontal et les pariétaux. Cet enfant est plus syphilitique que rachitique; cependant les lésions, qui sont de nature spécifique, tendent vers le rachitisme.

Les rapports qui unissent la syphilis et le rachitisme deviennent manifestes, si on considère deux séries de pièces, l'une relative à la syphilis, l'autre au rachitisme. (1)

Les différences peuvent être résumées dans le tableau suivant :

Rachitisme.	*Syphilis.*
Tissu spongoïde.	Pas de tissu spongoïde.
Couches spongoïdes périphériques.	Couches ostéophytiques osseuses.
Augmentation considérable du diamètre due au tissu spongoïde.	Augmentation de diamètre par ces mêmes couches.
Médullisation et décalcification considérable.	Médullisation et décalcification à peine marquées.
Jamais de dégénérescence gélatiniforme.	Dégénération gélatiniforme pouvant amener le décollement des épiphyses.

Telles sont les principaux traits caractéristiques de la 2e période de l'évolution clinique.

A la 3e période, ces différences s'effacent ou du moins deviennent très difficiles à distinguer.

Rachitisme.	*Syphilis.*
Pas de couches ostéophitiques.	Couches ostéophytiques et lacs médullaires entre elles.
Augmentation de diamètre par le tissu spongoïde seulement.	Augmentation de diamètre par les couches ostéophytiques et le tissu spongoïde.
Os flexibles.	Os moins flexibles.

En somme ici le diagnostic repose sur les marques primitives et caractéristiques que la syphilis imprime aux os, et qui persistent encore. Mais le rachitisme absorbe de plus en plus la syphilis.

Il y a là une sorte de « *transformisme morbide, d'hybridité pathologique.* »

(1) Parrot, Communicat. à la Société anat., 23 mai 1873.

Digitized by Google

« La syphilis a appelé en quelque sorte le rachitis qui d'abord s'est combiné avec elle et l'a ensuite absorbée peu à peu à son profit. » (Parrot.)

Dans sa séance du 13 février 1874, la société anatomique entendit une communication de M. Poncet qui présentait 12 observations avec autopsies. (1)

Ces 12 observations se répartissaient ainsi :

4 enfants mort-nés, de 6 à 7 mois,

1 ayant respiré;

7 ayant vécu de 3 jours à un mois.

Sur ces 12 enfants, 5 offraient des manifestations syphilitiques très nettes :

9 fois le tissu osseux fut malade à des degrés divers;

2 fois on observa le décollement épiphysaire sur tous les os longs;

2 fois le rachitisme était manifeste

1 seule fois le tissu osseux fut trouvé sain, quoique la mère eût eu la syphilis 10 ans auparavant.

Ce que M. Poncet signale surtout, c'est l'apparition précoce et l'évolution rapide des lésions osseuses syphilitiques.

Plusieurs des accouchées, avaient été prises des accidents secondaires pendant leur grossesse. Elles avortaient de 6 à 7 mois, et en l'absence de toute autre lésion, le mort-né offrait l'altération caractéristique des os.

Cette altération paraît donc bien être de nature syphilitique. Deux des enfants dont il est question, nés de parents syphilitiques étaient rachitiques.

M. Poncet se croit le droit de conclure que « *en vieillissant la syphilis osseuse devient le rachitisme.* »

Dans une des observations un enfant de 2 ans, né d'un parent syphilitique, est rachitique. Deux ans plus tard les mêmes parents, ont un enfant mort-né, atteint des lésions de syphilis osseuse. Dans un autre cas, une femme syphilitique et énergiquement traitée, donne le jour à un enfant dont le tissu osseux est parfaitement sain.

Le 16 juillet 1875, M. Parrot présente à la Société anatomique des os présentant les lésions de la syphilis héréditaire. Sur plusieurs points, la calotte crânienne est recouverte extérieurement d'une couche mince d'un tissu rouge, mou plus poreux que l'os. Tous les os longs, et surtout le fémur et le tibia sont altérés. Sur la face interne de celui-ci; on voit une couche de tissu mou rouge, friable, à fibres perpendiculaires à la surface de l'os sur lequel il est appliqué. Le foie, la rate, le thymus, n'offrent aucune lésion syphilitique.

Malgré l'absence complète de tout signe de la syphilis, et malgré l'ignorance des antécédents héréditaires, M. Parrot se basant seulement sur les lésions osseuses qu'il constate, n'hésite pas à déclarer atteint de la syphilis, l'enfant qui fait le sujet de la communication.

En effet, ces lésions sont identiques à celles qu'on observe sur le squelette des enfants qui présentent tous les signes indéniables de la syphilis. Dans le cas actuel, en présence de ces lésions, on ne pourrait guère songer qu'au rachitisme; mais il n'existe plus à cet âge, et sur les pièces, la caractéristique, le tissu spongoïde n'existe pas.

Ce fait est remarquable, car il est le premier, où la syphilis ait porté son action uniquement et exclusivement sur les os.

Comme on le voit, M. Parrot ne publie que des faits isolés, sur l'intéres-

(1) Ces 12 cas ont été observés à l'hôpital de l'Antiquaille de Lyon. Les enfants étaient syphilitiques ou provenaient de parents notoirement en puissance de vérole.

Digitized by Google

sant sujet qui nous occupe, jusqu'en 1876, époque à laquelle il donne une esquisse d'ensemble de la question (1).

Il nous suffira de résumer brièvement cet intéressant mémoire dans lequel l'auteur s'abstient de toute description historique de la lésion.

En commençant, M. Parrot nous indique la méthode qu'il a suivie dans ses recherches. D'abord il n'a accepté comme syphilitiques que les enfants portant des traces cutanées, muqueuses, viscérales, *indubitables* de la syphilis. Peu à peu il s'est contenté de l'existence d'une seule lésion caractéristique (périphérique ou viscérale). Il a établi ainsi, se basant sur 50 observations, que chez tout enfant du premier âge, portant des traces évidentes de syphilis, le système osseux est toujours altéré. Mais les lésions osseuses peuvent-elles exister seules, comme uniques manifestations de la vérole héréditaire ?

M. Parrot l'affirme, témoin le fait précédemment cité ; et il s'appuie sur l'analogie qui existe entre les lésions osseuses dans ce cas particulier, et celles qu'on observe lorsque l'enfant porte des traces évidentes, irrécusables de syphilis.

Les lésions osseuses syphilitiques évoluent et chaque terme de cette évolution est représenté « par le rapport qui existe entre l'âge du malade et celui de la maladie. »

Il suffit d'établir quatre jalons pour suivre l'évolution complète du processus.

Les os longs des membres (excepté ceux de la main et du pied) sont, avec l'omoplate, l'os des îles et le crâne, les plus fréquemment atteints. Puis viennent les côtes, les clavicules, les métacarpiens, les métatarsiens, enfin les vertèbres. Mais ces dernières pièces ne sont malades que lorsque l'affection est déjà ancienne.

La symétrie des lésions est constante.

Premier degré. — On l'observe sur le fœtus ou l'enfant mort peu après la naissance. Les os sont lourds. Sous le périoste on observe des productions ostéophytiques d'une teinte jaune paille, variant d'épaisseur, assez friables, adhérentes. Sur une coupe on voit des stries perpendiculaires à la surface de l'os. En quelques points les os sont très notablement épaissis. La couche *chondro-calcaire*, qui sépare le cartilage du tissu spongieux est légèrement épaissie.

Deuxième degré. — Les caractères précédents, existent, mais atténués.

L'os est moins lourd, les productions ostéophytes moins denses, plus régulières, plus poreuses. Leurs points d'élection sont la partie inférieure de la diaphyse humérale, la supérieure de la diaphyse cubitale, la face antérieure du fémur et l'interne du tibia. La lésion caractéristique est *l'atrophie gélatiniforme* des os. C'est le tissu spongieux qui est le plus altéré, surtout au voisinage des extrémités. On y voit des taches jaune-serin ou rouge, mais, irrégulières, ramollies.

A leur niveau on observe une substance assez semblable à une gelée traversée par des filaments. L'altération s'étend. Il se forme de nombreux îlots dans le tissu compacte de la diaphyse, dans la couche chondro-calcaire, et enfin dans le cartilage, qui devient brunâtre dans les points malades. A cette atrophie se rattache, *l'affection* que M. Parrot a désignée : *pseudo-paralysie syphilitique des nouveau-nés*. Quand les lésions sont avancées,

(1) Des lésions osseuses de la syphilis héréditaire et le rachitis, par M. Parrot. (*Archives de Physiologie*. 1876.)

Digitized by Google

l'os se brise au voisinage du cartilage, sous l'influence d'un mouvement spontané ou imprimé. Dès lors quand les muscles se contractent, ils agissent sur un levier flexible, brisé, et le membre ou le segment de membre reste plus ou moins immobile. Si la vie se prolonge, il se forme du pus dans les articulations. — Ce pus peut s'étendre, s'ouvrir au dehors. Cette dernière lésion n'est pas syphilitique. Elle n'est que le résultat de l'irritation développée au niveau des brisures.

3° *degré*. M. Parrot l'appelle *médullisation*. — On l'observe dans une période plus avancée. La lésion consiste surtout en *ostéophytes*. Sa caractéristique, c'est une grande activité de développement du tissu médullaire qui se substitue peu à peu aux ostéophytes.

Entre l'os et les couches d'ostéophytes il se forme des espaces, des sortes de rigoles, traversées çà et là par de minces trabécules résistantes, et pleines de substance médullaire. Cette disposition est surtout marquée au niveau de l'extrémité inférieure de l'humérus.

4° *degré*. Le fait important est l'apparition de *tissu spongoïde* à la périphérie de la diaphyse, et à son extrémité, où il remplace la couche chondro-calcaire. A ce moment l'enfant a plus de 6 mois.

A mesure que le tissu ostéophytique est envahi par la médullisation, la lésion se rapproche du rachitisme.

Si l'on compare le rachitisme à la syphilis, on voit que la première de ces affections offre trois marques :

1° *Tissu spongoïde;* 2° et 3° *médullisation* et *décalcification*. La 1re est pathognomonique ; les deux autres peuvent exister ailleurs.

Les os syphilitiques, avec leurs ostéophytes, sont l'antipode des os rachitiques.

Mais à mesure qu'on se rapproche du troisième degré, la médullisation et la décalcification deviennent communes aux deux affections, et au quatrième degré le *tissu spongieux* confond les deux ordres de lésions.

Tandis que les altérations osseuses syphilitiques s'observent chez le fœtus et le nouveau-né, le rachitisme n'apparaît guère avant le 6e mois de la vie extra-utérine.

Le congrès de l'association pour l'avancement des sciences médicales tenu au Havre en 1877 fut l'occasion d'une nouvelle communication de M. Parrot, dans la section d'anthropologie (page 665 — séance du 24 août).

Cette communication est des plus importantes, car M. Parrot y signale une déformation spéciale du crâne, à laquelle il reconnaît une importance considérable, et qu'il attribue à la syphilis héréditaire.

Nous sommes obligés de nous borner à l'analyse des faits nouveaux qu'il signale, et nous ne parlerons pas des lésions osseuses sur lesquelles il revient.

Les ostéophytes sont fréquents sur les os du crâne, surtout dans les deux premières années. On les rencontre principalement dans les régions péribregmatiques du frontal et des pariétaux. De là ils s'étendent le long de la suture sagittale. Au début, ce sont de petites saillies rouges, ou violacées, s'étendant en surface et en épaisseur et simulant une ossification précoce des sutures. Le crâne offre alors une déviation morphologique appréciable pendant la vie. Il offre 4 mamelons séparés par des gouttières, lorsqu'ils sont volumineux, Deux mamelons sont antérieurs et occupent le frontal. Deux sont postérieurs et occupent les pariétaux. Les premiers sont séparés des seconds par une gouttière transversale correspondant à la suture coronale.

Digitized by Google

— Les mamelons de droite sont séparés de ceux de gauche par une autre gouttière antéro-postérieure, correspondant à la suture sagittale.

C'est là le crâne que M. Parrot a désigné sous l'épithète de *natiforme* (du mot latin *nates*). Dans ces crânes, les soudures entre les diverses pièces sont prématurées, de sorte que ces *synostoses* apportent un obstacle à l'encéphale qui se développe, et qui refoule devant lui les parties les plus faibles. De là des déformations partielles du crâne et souvent asymétriques. L'enfant peut rester idiot.

Sur 5 crânes péruviens que possède l'Institut anthropologique, 4 portent des traces irrécusables de syphilis héréditaire. C'est là la preuve incontestable de l'origine ancienne de la syphilis, car deux de ces crânes datent d'avant l'arrivée des Européens dans le Nouveau-Monde. Il est probable que la vérole était très fréquente, puisque presque tous les crânes d'enfant en portent des traces.

M. Parrot a découvert au muséum deux crânes anciens, *natiformes*. «L'exposé que je viens de présenter, ajoute M. Parrot, peut être résumé ainsi :

« La syphilis héréditaire déforme le crâne d'une manière typique ;

« La syphilis existait au Perou avant la conquête espagnole. »

Au même congrès, dans la séance du 25 août, M. Gibert, du Havre, présente un enfant de 16 mois, rachitique, avec un crâne natiforme que M. Parrot n'hésite pas à considérer comme syphilitique, malgré l'absence de notions certaines sur les antécédents.

M. Gibert présente encore un squelette, atteint de lésions syphilitiques évidentes, et dont le crâne est *natiforme*.

M. le professeur Cornil (1) a pu examiner les pièces provenant d'un enfant né d'une mère syphilitique, enfant qui fut pendant 20 mois sous le coup d'accidents syphilitiques variés, et finalement mourut dans l'athrepsie, avec une broncho-pneumonie.

L'enfant, qui avait été observé à Lourcine dans le service de M. Ch. Anger, offrait de magnifiques exostoses crâniennes.

Ces exostoses sont larges, dures, situées sur les pariétaux et l'occipital. A leur niveau le périoste est adhérent. Vers leur circonférence elles se confondent peu à peu avec l'os. Leur surface est criblée de trous vasculaires. Sur une coupe perpendiculaire, en voit un espace médullaire entre les deux tables, et un autre espace médullaire rempli de moelle vascularisée et fibreuse, entre la table externe et une lamelle osseuse qui s'en écarte, en constituant la tumeur. Au centre la table externe n'existe plus, et l'on voit partir de la face externe de la table interne des cloisons osseuses récentes, qui vont se confondre avec la lame superficielle de l'exostose. Les parties les plus épaisses sont sillonnées pas de grands canaux pleins de moelle rouge, perpendiculaires à l'os et allant du périoste à celui-ci en se divisant.

D'après M. Cornil, les couches osseuses naissent sous le périoste, et se superposent à mesure qu'il s'en forme de nouvelles. Ces exostoses diffèrent de celles de l'adulte en ce qu'elles offrent un état fibreux du contenu des espaces médullaires, comparable à ce qui a lieu dans les ostéophytes syphilitiques des os longs. Ce qui prouve que ces exostoses se développent aux dépens du périoste, c'est que leur tissu osseux est parcouru par des fibres

(1) *Société anatomique*, séance du 29 novembre 1878. Des exostoses crâniennes dues à la syphilis.

Digitized by Google

conjonctives, qui traversent les espaces médullaires, s'anastomosent, perforent les lames osseuses nouvelles, et vont se continuer avec les fibres de Sharpey de l'os. La moelle des espaces médullaires est embryonnaire et en activité de développement. Il est probable que le processus se termine par une « ossification définitive et un état normal de la moelle. »

La notion des lésions osseuses de la boîte crânienne donne, d'après M. Parrot, l'explication des *perforations crâniennes spontanées* chez les enfants du premier âge (1).

A l'autopsie on voit à la face interne du crâne des sortes de cupules, de rigoles, séparées entre elles par des crêtes dont la saillie est variable. L'usure se fait progressivement de dedans en dehors jusqu'à perforation. Les lésions occupent tous les points qui sont comprimés, soit dans l'utérus, soit dans le berceau, par le fait de la situation déclive. On peut dire que cette lésion, sur laquelle il nous est impossible d'insister davantage, est caractéristique de la *période rachitique* de la syphilis osseuse. A ce moment, la syphilis raréfie et décalcifie. On comprend donc que le crâne affaibli donne prise aux agents extérieurs. »

« Le crâne chez les syphilitiques est usé pas le cerveau, comme le rachis, les côtes, le sternum ou toute autre partie du squelette sont usés par une poche anévrysmale.

Voici maintenant l'analyse des travaux récents relatifs à la syphilis héréditaire et au rachitisme.

I.—M. Parrot pense que le rachitisme constitue la lésion osseuse spéciale de la syphilis héréditaire.

Pour suivre les traces de celle-ci d'une façon certaine, il ne faut pas se contenter d'un simple interrogatoire qui ne fournit que des renseignements vagues ; il faut tenir compte de l'existence des syphilides cutanées muqueuses ou viscérales et surtout de la *syphilide desquamative* de la langue. On doit aussi ajouter une grande importance aux macules localisées à la partie supérieure des cuisses et au dos, et offrant l'aspect morphologique des cicatrices syphilitiques.

Les dents offrent les *altérations sulciformes* dans les deux systèmes de dentition (canines premières molaires). Dans un degré plus avancé on a les altérations dentaires dites en *fer de hache*.

M. Parrot, malgré l'opinion opposée de M. Magitot, rattache toutes ces lésions à la syphilis héréditaire.

Les altérations du squelette peuvent être rangées sous trois types.

1er type : type des ostéophytes durs ou des altérations chondro-calcaires. — Ce type est caractérisé par l'existence de nodosités osseuses d'ostéophytes, autour des extrémités osseuses (tibia humérus). Passé la sixième semaine, le fœtus présente les lésions du type suivant.

2e type, ou d'atrophie gélatiniforme. — Ici un tissu mou, gélatineux, infiltre les parties spongieuses. On observe des ostéophytes.

(1) *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*. 1877, p. 769.

Digitized by Google

Consécutivement à cette altération, on peut constater des perforations des os du crâne, des décollements des épiphyses.

3e type, ou spongoïde. — C'est le rachitisme, caractérisé comme on sait, par un développement considérable de tissu spongoïde aux extrémités des os longs.

Ce qui prouve que cette lésion est bien syphilitique, c'est qu'on rencontre, chez les malades qui en sont atteints, les stigmates de la syphilis dans la proportion de 90 0/0. Les dix autres cas s'expliquent par ce fait que certaines syphilis passent inaperçues, ou que les os sont les organes les premiers ou les derniers atteints.

Les diverses causes du rachitisme invoquées par les médecins et se résumant en *mauvaises conditions hygiéniques*, agissent évidemment en préparant le terrain.

Mais il faut un germe pour le développement du rachitisme : c'est la syphilis.

II. — M. Cazin n'admet pas de rapports entre la syphilis et le rachitisme se fondant sur les raisons suivantes :

1° Étude des antécédents ;
2° Examen de 49 rachitiques ;
3° Certaines notions de pathologie ;
4° Influence du traitement.

1° On obtient facilement les aveux des antécédents dans la classe pauvre. M. Cazin a connu des parents absolument indemnes de syphilis dont les enfants étaient rachitiques.

Si la syphilis menait au rachitisme tous les enfants issus d'une même union devraient être rachitiques. M. Cazin connaît une famille où les filles étaient rachitiques, tandis que les garçons ne l'étaient pas. Dans ce cas les enfants avaient été nourris par la mère, ou au biberon, et l'on ne peut invoquer l'infection par une nourrice.

2° M. Cazin a observé 49 rachitiques à Berck (21 garçons et 28 filles). Il n'a trouvé aucune érosion dentaire. — 6 de ses malades les ont déchaussées, 5 les ont crénelées sur leur bord tranchant.

Hors cela, et deux cas où les enfants offraient des cicatrices aux commissures labiales, il n'a trouvé aucun signe net de syphilis héréditaire, tandis que du côté des os, il a vu toutes les déformations rachitiques possibles.

A côté de ce fait, il en a observé trois non moins significatifs, se rapportant l'un à une fille absolument scrofuleuse et syphilitique, et pas du tout rachitique ; le second, à un garçon de 12 ans chez lequel il n'y avait pas trace de rachitisme et qui présentait cependant tous les symp-

Digitized by Google

tômes d'une syphilis héréditaire scrofuloïde (nécrose du frontal, du pariétal, ostéite des os de l'avant-bras et des tibias, cicatrices fessières, dents érodées, etc.).

Le troisième cas est analogue.

3° Mon troisième argument, dit M. Cazin, est un peu discutable.

Beaucoup de chirurgiens ont dit que la syphilis retarde la consolidation des fractures (Nicod. Sanson), à moins qu'on ne soumette le malade au traitement spécifique. Or, le nombre des rachitiques fracturés est énorme (puisque, d'après Guersant, ces fractures constituent le tiers de la totalité de toutes les fractures), et cependant la consolidation se fait dans le temps ordinaire.

4° « Le traitement, cette pierre de touche, vient encore me prêter renfort. »

La thalassothérapie, qui fait merveille contre le rachitisme, reste sans action contre la syphilis et le scrofulate de vérole.

« *Naturam morborum curationes ostendunt.* »

J'ai tenté les frictions mercurielles, le sirop de Gibert, l'iodure de potassium, contre le rachitisme et je n'en ai retiré que des aggravations.

« Le rachitisme reconnaît pour causes probables toutes les infractions à l'hygiène et leurs suites, tant du côté des générateurs que du côté des enfants. C'est, comme la scrofule, une maladie de misère physiologique. » Et en terminant M. Cazin conclut que s'il ne connaît pas au juste ce qu'est le rachitisme, il sait du moins ce qu'il n'est pas : une métamorphose de la syphilis.

III. — A côté de l'opinion de M. Cazin, nous placerons celles de M. Magitot qui ont trait surtout aux lésions dentaires auxquelles M. Parrot attribue une importance diagnostique si grande.

Pour M. Magitot, les lésions dentaires (sillons, échancrures), désignées en bloc par M. Parrot sous le nom d'atrophie, ne sont pas syphilitiques.

Voici ses arguments :

En Kabylie, la syphilis est endémique (Arnould, Leclerc, Rollet.) et il n'y a pas trouvé l'érosion dentaire malgré une enquête minutieuse.

Le rachitisme y est aussi rare que l'érosion dentaire.

M. Remy, dans son voyage au Japon, a constaté que la syphilis y est commune, et le rachitisme inconnu. — Relativement à la Chine, même assertion de la part du docteur Martin (Ernest) qui a longtemps habité Pékin.

Il en est de même pour les Antilles (Saint-Vel. — Rufz de Lavison). Déjà Humboldt avait observé ce fait en 1810.

M. Magitot a montré une mâchoire de bœuf dont les dents offraient l'érosion.

Digitized by Google

M. Capitan vient de trouver une mâchoire de chien avec une érosion caractéristique.

Je ne sache pas que ces animaux soient susceptibles de contracter la syphilis, ajoute M. Magitot.

M. Parrot dit, à tort, que les dents temporaires sont fréquemment atteintes d'érosions. Or, elles le sont très rarement, si même elles le sont. Les pièces de M. Parrot ne présentaient pas d'érosions. « C'étaient des chapeaux de dentine extraits de leur follicule embryonnaire et dont l'exposition à l'air libre avait détaché l'émail par places, de manière à simuler les sillons ou les échancrures de l'érosion. Il y avait là une simple altération cadavérique. »

Sur d'autres pièces moulées, M. Magitot n'a pu reconnaître que l'existence de cavités pathologiques, de caries, toutes lésions dépourvues de la *symétrie* qui caractérise l'érosion.

M. Parrot a le tort d'employer le mot *atrophie* pour désigner ces lésions. Le mot *érosion* est meilleur parce qu'il est ancien. Si on voulait un nouveau mot, *dystrophie* serait meilleur, car il s'agit là d'une anomalie de nutrition.

Pour M. Magitot, la cause de ces altérations dentaires réside dans les convulsions de l'enfance. Il n'incrimine pas l'attaque convulsive elle-même, mais bien l'état profondément troublé de la nutrition générale dont la convulsion n'est qu'une manifestation extérieure.

Les lésions dentaires réelles de la syphilis héréditaire et des diathèses en général sont le *nanisme* ou *amorphisme*, qui n'ont rien de commun avec l'érosion.

IV. — M. Magitot développe les idées précédentes devant la Société de chirurgie :

Des sujets affectés de l'érosion dentaire ont pu contracter la syphilis (Horteloup), et j'ai vu quarante cas où des sujets non syphilitiques avaient l'érosion (1).

Dans la syphilis infantile, comme chez les enfants attardés, scrofuleux, idiots, et surtout rachitiques, les dents sont petites, difformes, conoïdes. Elles offrent une réduction numérique et un retard d'éruption, mais pas l'érosion.

V. — M. Gibert se rallie complètement aux idées de M. Parrot.

Il affirme *que l'alimentation vicieuse n'a jamais produit un seul cas de rachitisme*, et donne deux observations à l'appui.

Parmi les enfants misérables du Havre, où la mortalité sévit actuel-

(1) Magitot, Congrès de Londres (1881).

Digitized by Google

lement dans la proportion de 25 à 36 %, on ne rencontre pas d'enfants rachitiques. Il ne faut pas confondre *rachitisme* et *ostéomalacie*.

Dans une famille, on voit les enfants d'un premier mari dans un excellent état de santé ; ceux d'un second mari peuvent être tous rachitiques, si le père est syphilitique.

M. Gilbert conclut :

1° Quand la mère est infectée, elle donne naissance à un enfant atteint rapidement de syphilis héréditaire. Si elle est saine, et si le fœtus infecté par le père a traversé le corps maternel sans le contaminer, la syphilis est tardive et se traduit par le rachitisme.

2° Il y a des races de syphilitiques qui n'engendrent plus que des rachitiques ou des races de rachitiques qui transmettent seulement la disposition morbide du rachitisme sans autre manifestation syphilitique.

Ainsi, à Turin il y a dans les écoles de rachitiques, une foule d'enfants offrant le crâne natiforme sans aucune lésion syphilitique. Or on sait qu'autrefois la syphilis a longtemps régné en Lombardie-Vénitie.

Si le traitement spécifique est donné à temps, il pourra modifier le rachitisme. Mais que faire quand l'os est guéri par éburnation ?

PAUL HAMONIC.

SYPHILIS OCULAIRE.

I. Etude clinique sur la syphilis de l'œil et de ses annexes, par Leartus Connor. (*The american Journal of the medical sciences*, avril 1883, p. 378.)

II — Gommes de la sclérotique, par Ch. Higgens. (*British med. Journal*, 10 fév. 1883, p. 247.)

I. — Toutes les parties constituantes de l'œil et de ses annexes peuvent être atteintes de lésions syphilitiques : dans la syphilis acquise, voici l'ordre de fréquence suivant lequel elles sont attaquées : iris (sur 100 cas d'iritis, 50 reconnaissent pour cause la syphilis), choroïde, rétine, nerf optique, sclérotiques, cornée, muscles, paupières. Dans la syphilis héréditaire, cet ordre doit être modifié de la façon suivante : Cornée, iris, choroïde, parois de l'orbite, sac lacrymal. Les lésions syphilitiques de l'appareil de la vision sont plus communes chez l'homme que chez la femme : leur maximum de fréquence se rencontre de 30 à 50 ans.

Elles présentent d'ailleurs les mêmes caractères anatomiques que celles qui affectent des tissus similaires dans les autres régions du corps.

Digitized by Google

Le traitement donne les plus brillants résultats, quand il est institué de bonne heure et que le sujet est vigoureux ; quand on l'institue tard et que le sujet est débilité, on n'arrive parfois qu'à un insuccès. Le traitement général est dans ces affections tout aussi important que dans les syphilides de la peau, mais souvent le traitement local est encore plus nécessaire, en particulier dans les iritis où l'on doit empêcher les synéchies de se former.

Paupières. — On peut y observer toutes les manifestations cutanées de la syphilis. On y a confondu quelquefois des syphilides tuberculeuses avec des épithéliomas; l'auteur en cite plusieurs cas, un, en particulier, tiré de sa pratique dans lequel on proposa d'enlever une paupière, droite supérieure pour une ulcération à marche extensive qui guérit rapidement par le traitement spécifique.

Conjonctive. — Les chancres indurés de la conjonctive sont très rares, cependant l'auteur en cite 3 cas : 1° celui du Dr Wherry (*British med. Journal*, 28 janvier 1882), 2° celui du Dr Nettleship (*Traité de Berkeley Hill*), 3° celui du Dr Mastin (*Gaillard's med. Journal*, juillet 1880). Sturgis (*American Journal of the medical sciences*, 1873, p. 102) en cite un 4e cas, Boucheron (*Union méd.*, 1er avril 1879) un 5e cas, enfin nous en avons vu cette année 2 cas absolument incontestables dans le service de notre excellent maître, M. le professeur Fournier, à l'hôpital Saint-Louis. Ainsi que le fait si bien remarquer Connor, ce chancre ne diffère pas sensiblement comme aspect de celui du pénis. On peut de plus observer sur la conjonctive des lésions syphilitiques secondaires qui forment de petites plaques circonscrites, surélevées, non vasculaires, d'un rouge grisâtre, et des infiltrations gommeuses fort rares qui envahissent d'ordinaire les tissus voisins.

Paralysie des muscles de l'œil. — D'après Græfe, dans un tiers des cas, cette affection reconnaîtrait pour cause la diathèse syphilitique. L'auteur en rapporte un bel exemple : il s'agissait d'un cocher de 45 ans, qui avait eu 2 ans auparavant un chancre induré suivi d'accidents secondaires pour lesquels il avait été soigné, et qui eut de la paralysie de la troisième paire gauche avec strabisme externe, chute de la paupière supérieure et diplopie : l'iodure de potassium à fortes doses le guérit rapidement. Bien que la mydriase monoculaire et la paralysie de l'accommodation soient des accidents d'une extrême rareté, surtout dans la syphilis, l'auteur en cite également un cas fort remarquable dans lequel l'administration de l'iodure de potassium semble encore avoir été suivie de guérison. Ce résultat est tout à fait insolite, ainsi que le fait remarquer le Dr Connor ; il est en contradiction formelle avec les idées d'Alexander (*Deutsche med. Wochens*, 1881) : après avoir donné le résumé de 25 cas de paralysie monoculaire de l'accommodation d'origine syphilitique avec

Digitized by Google

dilatation pupillaire, ce dernier auteur conclut en effet que c'est là une des dernières manifestations de la syphilis, qu'elle est toujours d'origine cérébrale, qu'elle précède des troubles de l'intelligence, et qu'elle est incurable. Le Dr Connor pense qu'on n'a peut-être pas dans ces cas donné l'iodure de potassium à des doses assez élevées; quant à lui, il ne reconnaît d'autres limites dans l'administration de ce médicament que l'apparition de symptômes d'intolérance. Il en prescrit 10 grains (648 milligrammes) toutes les deux heures, et il diminue les doses lorsque le malade commence à ne plus pouvoir les supporter. Il obtient ainsi d'excellents résultats dans des cas désespérés de syphilis cérébrale.

Inflammation syphilitique du sac lacrymal. — Cette affection est assez fréquente chez l'adulte; elle débute d'ordinaire comme une inflammation périostique au coin interne de l'orbite. Si l'on ne reconnaît point la nature du mal, et si l'on n'intervient pas d'une manière efficace, le sac lacrymal s'ulcère, et cette ulcération peut même s'étendre à la conjonctive: elle a pour conséquence le rétrécissement des conduits lacrymaux. Quand on l'institue de bonne heure, le traitement spécifique seul peut suffire; plus tard on est forcé de dilater les conduits lacrymaux.

La *kératite interstitielle* est presque toujours due à la syphilis héréditaire; elle se rencontre surtout chez les filles. L'auteur pense que les applications systématiques d'eau chaude sont fort efficaces dans ce cas, car elles produisent une contraction des vaisseaux sanguins de l'œil. Elles contribuent beaucoup à activer l'action des mercuriaux et des toniques.

Il est une *variété d'iritis* qui n'est causée que par la syphilis, c'est celle dans laquelle la lésion est limitée, et ne forme qu'une ou deux plaques rougeâtres, tandis que le reste de l'iris conserve sa coloration normale. Ces élevures ont reçu le nom de nodules condylomateux : Wirchow les appelle des tubercules gommeux. Les autres formes d'iritis reconnaissent fort souvent mais non toujours la syphilis pour cause. Au point de vue pratique, il est important de distinguer les iritis qui se montrent dans la syphilis secondaire de celles qui surviennent dans la syphilis tertiaire. En effet l'iritis secondaire cède vite au traitement, tandis que l'iritis tertiaire est beaucoup plus sérieuse, et précède ou accompagne des lésions de la rétine et de la choroïde. Dans ce dernier cas, voici ce que l'auteur recommande de faire : si quelques instillations d'atropine ne parviennent pas à rompre les adhérences de l'iris, le malade se tient pendant cinq minutes l'œil baigné dans de l'eau aussi chaude que possible; puis il l'essuie, et il y met deux gouttes d'une solution d'atropine, après avoir pris soin de fermer avec l'index les points lacrymaux. Quinze minutes après, il recommence, et ainsi de suite pendant une heure. Deux heures après il répète encore les mêmes manœuvres pendant une heure, et il con-

Digitized by Google

tinue ainsi pendant toute la journée. A chaque reprise, on fait sur la tempe une friction avec de l'oléate de mercure. On peut prescrire aussi un purgatif salin au début du traitement. Le lendemain, si l'amélioration ne s'accentue pas, l'auteur emploie une solution d'atropine deux fois plus forte que celle dont il se sert habituellement, et, si la lésion est assez grave pour menacer la vue, il administre de fortes doses d'iodure de potassium, vingt ou trente grains toutes les deux ou trois heures jusqu'à ce que le danger soit passé. Dans un cas qu'il rapporte, le Dr Connor administra 20 grains d'iodure de potassium toutes les trois heures pendant deux jours. En peu de temps, les productions syphilitiques furent résorbées et l'œil complètement guéri. Mais quand la néoplasie envahit le corps ciliaire en même temps que l'iris, le résultat est souvent peu satisfaisant, et l'auteur cite à ce propos un cas malheureux dans lequel on fut obligé de pratiquer l'énucléation.

La *rétinite syphilitique* est une affection fort rare : sur vingt mille cas de maladies d'yeux, Cohn n'en aurait pas trouvé un seul exemple. D'après d'autres statistiques on en observerait deux ou trois cas sur mille cas de maladies d'yeux. Elle se montre en même temps que les symptômes secondaires ou peu après leur apparition. Elle dure des semaines ou des mois ; la vue s'affaiblit rapidement ; il se fait une infiltration séreuse de la rétine, et de la sclérose des éléments du tissu connectif. Le pronostic est favorable si l'on reconnaît la maladie à son début, alors que les éléments nerveux de la rétine ne sont pas encore intéressés ; il faut administrer le mercure avec persévérance, protéger les yeux contre l'action de la lumière, et pratiquer des instillations d'atropine. La guérison se fait très longtemps attendre ; elle n'arriva qu'au bout de dix mois dans un cas rapporté par l'auteur.

L'irido-neuro-rétinite-syphilitique est beaucoup plus commune ; le Dr Connor en cite un bel exemple qui s'est terminé par une guérison lente mais complète. Les symptômes de cette affection, quand elle reconnaît pour cause la syphilis, sont absolument identiques à ceux qu'elle présente quand elle a une autre étiologie, aussi est-il impossible de faire le diagnostic différentiel par l'examen opthalmoscopique seul.

D'après Galezowski, les *affections du nerf optique* sont 8 fois sur 100 d'origine spécifique ; elles se voient surtout dans la période tertiaire. Si on les reconnaît à temps, on peut les guérir par le traitement antisyphilitique. Aussi serait-il utile d'examiner à l'ophthalmoscope les papilles de tous les syphilitiques que l'on a à soigner, car de graves lésions des nerfs optiques peuvent exister depuis longtemps, sans que le malade se plaigne d'aucun trouble du côté de la vue. L'auteur a pu ainsi dans plu-

Digitized by Google

sieurs cas prévenir de graves accidents tenant à une affection spécifique du nerf optique.

Voici quelles sont les conclusions de cet important mémoire:

1° L'étude des maladies oculaires syphilitiques est utile pour le diagnostic de certains cas obscurs qu'il serait sans cela difficile d'expliquer d'une manière satisfaisante. Ainsi l'existence d'une iritis spécifique jettera une vive lumière sur la nature d'une série de symptômes généraux mal définis qui embarrassent parfois le médecin.

2° Ce n'est qu'en étudiant ces faits avec le plus grand soin que l'on pourra dans beaucoup de cas éviter tout accident grave du côté des yeux pendant l'évolution de la syphilis.

3° Pour bien reconnaître ces lésions, il faut procéder à un examen minutieux de tout l'organisme. On ne peut, en effet, le plus souvent, les distinguer par les signes purement locaux des affections oculaires non syphilitiques. Or, si on s'en tient dans ces cas à un traitement local, on est sûr de ne pas réussir. Aussi faut-il dans toutes les maladies de l'œil et de ses annexes penser toujours à la possibilité d'une origine spécifique.

4° Dans tous les cas de syphilis, il faut constamment examiner les yeux à l'ophthalmoscope, autrement on peut laisser se produire des lésions profondes et irrémédiables, avant qu'on soit averti de leur existence par un symptôme quelconque. Ce groupe d'affections est peut-être celui qui exige le plus impérieusement que le médecin ait à la fois des connaissances spéciales et générales approfondies. L. B.

II. — 1er Cas. Mary-Anna L..., âgée de 27 ans, vint à l'hôpital dans la seconde semaine de juin. Elle avait la conjonctive de l'œil droit congestionnée, mais surtout dans les deux tiers externes de la portion oculaire. Il y avait en ce point trois grosses tumeurs dont la plus volumineuse était située vers l'insertion du muscle droit externe. L'aspect général était celui d'un staphylome vers l'équateur de l'œil. Iritis légère; vision peu atteinte (une goutte d'atropine et 8 grains d'iodure de potassium). Le 22 juin, pilules de mercure et opium. Amélioration le 6 juillet, la gomme supérieure avait disparu. Le 20 juillet cessation du mercure; le 25 juillet reprise de l'iodure que l'on cessa le 6 août. On ponctionna alors une des tumeurs, il n'en sortit que du sang; il s'y forma une petite ulcération circulaire qui mit longtemps à guérir: on voulut pratiquer une ablation totale, la malade effrayée sortit et cessa tout traitement. Les tumeurs augmentèrent alors rapidement de volume; on reprit vers le milieu de septembre le traitement mixte, et la guérison complète eut lieu vers le 15 octobre.

2e Cas. — W. E..., âgé de 27 ans, avait eu un chancre syphilitique il

Digitized by Google

y a deux ans ; l'œil droit était intéressé depuis le mois de février, et son état s'était toujours aggravé jusqu'au moment de son admission en juin. Il avait alors des lésions syphilitiques tertiaires sur les jambes, et le testicule gauche était dur, douloureux et volumineux. La vue était tout à fait perdue à droite : la tumeur gommeuse était unique, elle affectait la surface interne aussi bien que la surface externe de la sclérotique, faisant saillie dans la pupille, s'étendant du bord externe et supérieur de la cornée jusqu'à l'équateur de l'œil, et décollant la rétine dans une étendue considérable. La conjonctive correspondante était très injectée. (15 grains d'iodure de potassium). Le 23 juin, on voulut énucléer l'œil; mais on attendit encore. Le 26 juin on lui donna 20 grains d'iodure de potassium : le 21 juillet, la tumeur avait beaucoup diminué. Le 4 août, il se produisit une ulcération cornéenne qui guérit le 18 août ; mais pendant ce temps, on avait suspendu le traitement, et la tumeur avait augmenté de volume. On reprit alors le traitement, et le 30 août, la tumeur avait disparu ; mais le globe oculaire était atrophié et la vue complètement perdue.

Dans un autre cas, la malade quitta un hôpital où l'on voulait lui enlever le globe oculaire, et vint trouver l'auteur qui, bien qu'il fût persuadé de la nécessité de cette opération, institua le traitement antisyphilitique et obtint une complète guérison au bout de plusieurs mois.

Le diagnostic de ces lésions n'est pas d'ailleurs facile ; elles se montrent sous forme de bosses plus ou moins proéminentes, bien limitées, la conjonctive est très injectée à leur niveau. Elles sont uniques ou bien au nombre de deux ou trois. On peut fort bien les confondre soit avec le sarcome, soit avec l'épisclérite, la cyclite et le staphylome sclérotical. Leur marche et les antécédents syphilitiques du malade plutôt que les caractères objectifs font faire le diagnostic.

THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES VÉNÉRIENNES.

I. — Le traitement de la syphilis, par Marion Sims. (*British. med. Journal*, 10 mars 1883.)

II. — Traitement du chancre simple phagédénique par l'acide pyrogallique, par E. Vidal. (*Académie de méd.*, 2 janv. 1883.)

III. — De l'emploi de la résorcine dans le traitement du chancre simple chez la femme, par Leblond et Fissiaux. (*Annales de gynécologie*, janvier 1883.)

Digitized by Google

IV. — NOTE SUR LE TRAITEMENT DES VÉGÉTATIONS DES ORGANES GÉNITAUX, par le Dr CADELL. (*Edinb. med. journal*, avril 1883, p. 900.)

V. — DES IRRIGATIONS D'EAU CHAUDE COMME TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE, par H. HOLBROOK CURTIS (*The medical Record*, 21 avril 1883, p. 435.)

I. — L'auteur raconte dans un fort intéressant article comment, il y plus de 40 ans, alors qu'il pratiquait la médecine dans le comté de Montgomery (Alabama) tout près de la nation indienne des Creeks, il a appris que ces peuplades se guérissaient rapidement de la syphilis par des décoctions de plantes de leur pays. Depuis lors, on a pu connaître leur recette, et le docteur George W. Mac Dade l'a modifiée et l'a rendue acceptable. Le remède, tel que les Indiens l'employaient, renfermait dix ou douze espèces de racines : on en faisait bouillir une poignée de chaque, avec une certaine quantité de sel, d'alun, de lingots de fer, dans trois gallons d'eau jusqu'à réduction à un gallon. Le malade prenait trois fois par jour une demi-pinte de cette décoction. Le Dr Mac Dade resta quelque temps sans faire l'essai de cette préparation, car il est difficile, dit-il, de faire prendre à un homme une aussi grande quantité d'un breuvage aussi repoussant. Enfin, voyant que tous les indigènes qui en faisaient usage étaient invariablement soulagés, quel que fût d'ailleurs l'âge de leur syphilis, ce médecin essaya de faire subir à ce remède des modifications qui en rendissent l'administration possible.

Aussi commença-t-il par éliminer l'alun, le sel, les lingots de fer, et toutes les racines, toutes les herbes qu'il savait n'avoir aucune efficacité. Quant à celles qui possédaient des vertus médicinales, au lieu d'en faire une décoction, il en prépara des extraits, de façon à donner au remède une base vraiment scientifique et à lui assurer une action régulière. Voici la formule à laquelle il s'arrêta :

Fluid extract of smilax sarsaparilla, Fluid extract of stillingia sylvatica (queen's delight), Fluid extract of lappa minor (burdock), Fluid extract of phytolacca decandra (poke root),	āā 61gr,18.
Tincture of xanthoxylum Carolininum (prickly ash. . . .	30gr,59.

En prendre une cuillerée à thé dans l'eau trois fois par jour avant les repas, et augmenter graduellement jusqu'à ce qu'on arrive à la dose d'une cuillerée à bouche.

En administrant le remède sous forme d'extraits on court le risque d'avoir une préparation moins efficace que la décoction indienne, car les pharmaciens peuvent se servir de racines un peu vieilles et qui ont perdu quelques-uns de leurs principes actifs, tandis que la décoction employée par les Creeks était toujours faite avec des plantes qu'ils

Digitized by Google

venaient de recueillir dans les bois. Il faudra donc autant que possible ne se servir que de racines fraîches.

La stillingia sylvatica, qui est probablement la plus active des cinq plantes employées est administrée depuis longtemps déjà dans les États de l'Amérique du Sud comme antisyphilitique. Le professeur Thomas Y. Simons de Charleston fut le premier auteur qui attira sur elle l'attention des praticiens (*American medical Recorder*, 1828). Le Dr Frost qui étudia plus tard cette plante en 1846 (*New Orleans medical and surgical journal*) pense que le principe actif de la stillingia sylvatica est quelque peu volatil, et il dit que la racine perd beaucoup de son activité lorsqu'elle est vieille. Il est incontestable que son odeur es beaucoup plus forte, quand elle elle fraîche que quand elle est sèche. Le Dr Rush Jones qui exerce à Montgomery même a complètement abandonné le mercure et l'iodure de potassium comme inutiles depuis qu'il se sert de la formule du Dr Mac Dade. En terminant, le Dr Marion Sims demande qu'on expérimente ce nouveau remède et qu'on lui donne le nom de celui qui en a trouvé le premier une formule scientifique et pratique. L. B.

II. — C'est après avoir constaté l'action caustique, en quelque sorte élective de l'acide pyrogallique sur certains tissus patbologiques avec intégrité de la peau et des parties saines voisines, que M. E. Vidal a essayé l'emploi de ce médicament contre le chancre simple phagédénique. Ce traitement lui a donné les meilleurs résultats dans des cas de chancres cutanés ou ganglionnaires qui avaient résisté à l'iodoforme, à l'alcool, aux cautérisations répétées. Le procédé varie suivant qu'il s'agit d'un ulcère étendu en surface mais sans cul-de-sac et sans anfractuosité ou d'un bubon chancreux à bords décollés, à trajets multiples et irréguliers. Dans le premier cas M. Vidal fait sur l'ulcère une application de la pommade suivante :

Acide pyrogallique.....	20	grammes.
Axonge ou vaseline.....	80	—

L'action de la pommade étant circonscrite, il vaut mieux dans le bubon chancreux se servir de la poudre suivante que l'on insuffle dans toutes les directions à l'aide d'une poire en caoutchouc :

Pyrogallol.....	20	grammes.
Poudre d'amidon.....	80	—

Les pansements sont répétés matin et soir. A première vue, le résulta n'est pas favorable et l'on se découragerait, si l'on ne connaissait la marche des lésions ainsi modifiées. L'ulcération se sèche, devient grisâtre, couverte d'un magma noirâtre de mauvais aspect. Il se forme là

Digitized by Google

une eschare qui tombe ou est enlevée au bout de cinq ou six jours et au-dessous de laquelle on constate la présence d'une plaie de bonne nature dont les bords sont déjà en voie de cicatrisation. M. Vidal panse alors cette plaie avec du carbonate de sesqui-oxyde de fer qui lui paraît hâter la cicatrisation bien plus que l'iodoforme. P. M.

III. — La résorcine, découverte vers 1860 par MM. Hlasiwetz et Barth, étudiée par Andeer (1877), puis par MM. Dujardin-Beaumetz et Callias (1881), jouit, comme l'acide phénique, de propriétés antiseptiques puissantes. Elle empêche la fermentation et la putréfaction en solution au 1/100.

L'homme adulte en supporte de 4 à 6 grammes à l'intérieur dans les 24 heures. Elle est éliminée par les urines.

MM. Leblond et Fissiaux ont appliqué la résorcine au traitement du chancre non infectant. Ils touchaient tous les deux ou trois jours l'ulcère avec un pinceau imbibé d'une solution de résorcine au 5/1000. Elle est soluble dans l'eau, l'alcool, l'éther et la glycérine.)

Ils ont injecté de cette solution dans un bubon chancreux suppuré, et ont même appliqué directement sur des chancres de la résorcine réduite en poudre.

La guérison s'est toujours effectuée entre 19 et 26 jours, c'est-à-dire plus rapidement qu'avec l'iodoforme.

La résorcine est inodore, et n'offre danger d'intoxication qu'à doses relativement très élevées.

Localement elle détermine une douleur légère et fugace, et communique aux ulcérations une couleur opaline qui est le résultat probable de la coagulation de l'albumine qui provient du sérum du sang.

Voici la formule qu'emploient MM. Leblond et Fissiaux.

Eau distillée.....	20 grammes.
Résorcine.....	5 —

On peut se servir aussi de la résorcine à l'état pulvérulent.

P. HAMONIC.

IV. — Le 24 janvier 1857, le Dr John Marshall a déjà publié dans la *Lancet* quelques cas de végétations des organes génitaux qu'il avait traités par l'acide chromique; c'est après avoir essayé tous les autres caustiques dans un cas rebelle, que cet auteur fut conduit à employer cet agent, et il trouva qu'il était fort efficace et beaucoup moins douloureux que les autres. Dans la *Lancet* de la même année, le Dr Key rapporte également un cas de végétations du nez et de la lèvre supérieure que des applications d'acide chromique guérirent en ne cau-

Digitized by Google

sant que fort peu de douleur. Depuis ces deux publications, il a bien paru de temps en temps dans les journaux quelques articles sur l'efficacité de l'acide chromique contre les végétations, mais le Dr Cadell croit cependant qu'on n'a pas assez insisté sur l'excellence de ce procédé.

M. Berkeley Hill dans son ouvrage sur la syphilis et les maladies contagieuses locales dit que l'acide chronique est un caustique très puissant, mais qu'il cause de grandes douleurs. Le Dr Cadell s'inscrit absolument en faux contre cette assertion, et il soutient comme les Drs Marshall et Key que tout en faisant disparaître les végétations des parties génitales avec une rapidité vraiment merveilleuse, cet acide cause beaucoup moins de douleur qu'aucun des autres caustiques connus. On a recommandé de se servir d'une baguette de verre pour faire les applications d'acide chromique, mais le Dr Cadell aime mieux employer du coton fortement enroulé autour de l'extrémité d'une pince à forci-pressure : on risque beaucoup moins ainsi de blesser les tissus environnants. Une solution de 100 grains d'acide (6gr,48) dans une once (28gr,349) d'eau est bien suffisante pour les cas ordinaires ; il faut avoir la précaution d'essuyer et de sécher avec soin les végétations avant de faire les cautérisations, puis de les recouvrir de coton sec. Cette méthode remplacerait, d'après Cadell, avec avantage l'excision par le bistouri ou par les ciseaux. Dans la discussion qui suivit la communication du Dr Cadell à la société médico-chirurgicale d'Edimbourg le 7 mars 1843, le Dr Allan Jamieson dit qu'il se servait depuis longtemps de cet agent contre les verrues ordinaires, mais qu'il faisait usage pour cela d'une solution beaucoup plus forte que celle du Dr Cadell (parties égales d'acide chromique et d'eau). Le Dr Duncan ajouta qu'il se souvenait fort bien d'avoir vu employer cette méthode à Paris par le professeur Verneuil il y a plus de vingt ans. Depuis son retour en Écosse, il s'était lui-même servi de ce moyen, mais quand il avait affaire à des végétations volumineuses, il pensait que les applications d'acide chromique agissaient d'une façon beaucoup trop lente, et dans ce cas il préférait l'ablation avec les ciseaux.

Nous croyons devoir ajouter que l'emploi de l'acide chromique contre les végétations des organes génitaux est, en France, une méthode usuelle, mais elle tend de plus en plus à être remplacée par le procédé beaucoup plus rapide et beaucoup plus sûr de l'excision. On peut enlever toutes les végétations en une seule séance, quand elles sont peu nombreuses ou peu volumineuses. Dans le cas contraire, on donne le chloroforme, et on termine encore tout en une seule séance, ou bien l'on opère par fractionnement (méthode de M. le professeur Fournier) : chaque jour on en enlève quelques-unes, et on arrive ainsi peu à peu à débarrasser complètement le malade. On emploie d'ordinaire les ciseaux, l'hémorragie consécutive

Digitized by Google

est insignifiante, et on se contente de panser les petites plaies soit avec un linge trempé dans de l'eau froide, soit avec du coton : cependant quand les végétations sont très volumineuses, les chirurgiens qui ne font qu'une seule opération, se servent assez souvent du thermo-cautère. L. B.

V. — Quand on fait passer un courant d'eau chaude dans l'urètre, on voit d'après l'auteur par l'examen endoscopique la muqueuse uréthrale se congestionner, puis s'anémier. Il se produit là le même phénomène que lorsqu'on plonge les doigts dans un bain chaud. Il est de plus facile de constater qu'on peut en élevant graduellement la température de l'eau qui sert à l'irrigation, la faire supporter à l'urètre alors même que sa chaleur est assez forte pour que la main ne puisse l'endurer. Tels sont les principes sur lesquels s'est appuyé l'auteur pour instituer une méthode nouvelle de traitement de la blennorrhagie.

Il a fait construire un appareil au moyen duquel on peut faire passer plusieurs litres d'eau chaude dans le canal de l'urètre de la région prostatique vers le méat. On élève continuellement la température de l'eau, et il est ainsi assez souvent possible d'atteindre 180° à 190° Fahrenheit. Quand on est arrivé aux températures les plus élevées que puisse supporter le malade, limite qui varie beaucoup avec les individus, on continue encore l'irrigation (*retrojection*) pendant quelque temps, puis on fait une injection légèrement astringente avec la préparation suivante :

Acidi tannici Iodioformi .	ãã 2 gr, 54.
Glycerinæ . . .	30 gr, 59.
Aquæ	91 gr, 77.

Chauffer, agiter, puis injecter.

On recommence après douze ou vingt-quatre heures suivant les cas.

L'auteur a obtenu par ce procédé la guérison complète en trois jours de douze cas de blennorrhagie aiguë. Il a réussi dans deux cas à faire avorter la maladie par une irrigation (*retrojection*) d'eau chaude prolongée (environ onze litres.) Dans six autres cas l'affection n'a duré que de six à dix jours ; enfin un cas de blennorrhée chronique qu'avait soigné pendant neuf mois tout le corps médical n'a mis que sept jours à guérir par l'emploi de la dilatation et des irrigations.

Aussi le Dr Curtis croit-il pouvoir conclure :

1° Que la durée de la blennorrhagie est diminuée des deux tiers au moins par l'emploi de son procédé ;

2° Que l'écoulement change immédiatement de caractère ; de puru-

Digitized by Google

lent qu'il était il devient semblable à celui de la blennorrhée, et fort peu abondant ;

3° Les érections et les mictions douloureuses sont supprimées ;

4° Toutes les conséquences fâcheuses de la maladie (rétrécissements, etc.) sont évitées.

L'appareil dont se sert l'auteur américain se compose essentiellement d'un seau d'étain au-dessous duquel se trouve une lampe, et que l'on peut élever à la hauteur voulue au moyen d'une poulie fixée au plafond : un tube de gomme, muni d'un robinet part du seau et peut être adapté à un cathéter anglais flexible n° 8. Il n'est point nécessaire d'employer un cathéter terminé en olive pour empêcher l'eau de pénétrer dans la vessie. On allume la lampe qui est située à la partie inférieure du seau, et quand l'eau qui est contenue dans le seau est à une température convenable, à 120° Fahr., par exemple, on introduit le cathéter à un pouce de la prostate, on y adapte le tube de gomme et on élève le seau à la hauteur nécessaire pour que le courant qui passe dans l'urètre soit assez fort. Lorsque l'eau est assez chaude pour que la muqueuse urétrale puisse à peine la supporter on éteint la lampe, et on continue l'irrigation à cette température pendant un certain temps. On peut faire passer ainsi à chaque séance plusieurs litres d'eau chaude dans le canal. On fait ensuite une injection avec le liquide dont nous avons donné la formule, et on retire le cathéter. Comme traitement interne, le Dr Curtis n'emploie que le bicarbonate de soude. L. B.

Digitized by Google

BIBLIOGRAPHIE.

LEHRBUCH DER HAUTKRANKHEITEN. (*Traité des maladies de la peau*), par M. G. BEHREND, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Berlin; 1 vol. in-8°, chez A. Hirschwald, Berlin, 1883.

Nous avons déjà annoncé, dans ces *Annales*, la première édition de cet ouvrage, et nous avons à signaler aujourd'hui l'apparition d'une deuxième édition notablement augmentée. L'œuvre de M. Behrend est avant tout pratique; elle nous paraît destinée aux médecins et aux étudiants. Les uns et les autres y trouveront, sous une forme claire et concise, toutes les notions nécessaires à l'étude complète (théorique et pratique) des dermatoses.

L'auteur, très au courant de tous les travaux modernes publiés sur cette spécialité si incessamment progressive, a tenu compte, dans son exposé, de tout ce qui a été fait à l'étranger, tant au point de vue de la description histologique et symptomatologique des maladies de la peau qu'en ce qui concerne leur traitement.

Au nombre des additions importantes qui figurent dans cette nouvelle édition, nous indiquerons un chapitre dans lequel l'auteur a rassemblé tout ce qui se rattache aux exanthèmes médicamenteux, aux éruptions vaccinales, aux éruptions septicémiques et à celles qui précèdent ou accompagnent la menstruation.

Les éruptions qui surviennent à la suite de l'ingestion de certains aliments ou boissons n'étaient point ignorées des praticiens; il en est de même des manifestations cutanées consécutives à l'administration des médicaments (*medicinal rash* des Anglais). Mais les exanthèmes qui sont occasionnés, dans certaines circonstances, par la résorption de la sécrétion des plaies sont moins connus. Ils ont été mis en lumière, principalement par les travaux de M. le professeur Verneuil et ceux de ses élèves. Ils se manifestent, tantôt sous la forme d'érythèmes hyperémiques étendus, qui souvent s'accompagnent d'une fièvre intense et disparaissent sans desquamation; tantôt sous l'aspect d'urticaire, d'herpès. Ce sont ces cas qu'on a parfois désignés très improprement sous les noms de scarlatine traumatique (*surgical scarlet fever*), ou d'herpès traumatique.

Dans une autre classe, l'auteur range les éruptions vaccinales. Ces éruptions sont aujourd'hui bien connues; elles envahissent souvent une étendue plus ou moins considérable de la peau. Elles peuvent naturellement se présenter sous les formes les plus diverses; les plus fréquentes sont l'érythème et l'urticaire.

Enfin, M. Behrend place dans un dernier groupe les éruptions qui ac-

Digitized by Google

compagnent la menstruation. Jusqu'à ce jour, on n'avait pas publié de travail d'ensemble sur ce point si important de pathologie.

Il n'est pas très rare, en effet, de voir survenir chez la femme des éruptions quelques jours avant l'apparition des règles : elles sont de forme et de caractère très variables; ces éruptions se montrent non seulement dans l'état physiologique, mais on les voit encore fréquemment liées à des troubles fonctionnels ou à des lésions organiques de l'utérus.

Ces éruptions ont la plus grande analogie avec les exanthèmes médicamenteux, et, comme durée et comme persistance, elles affectent la même forme éruptive. L'auteur les attribue à une disposition particulière de la peau; pour notre compte, nous croyons devoir les rattacher, comme l'herpès génital récidivant, à certains états diathésiques préexistants, notamment à l'herpétisme et à l'arthritisme.

On lira aussi, et avec le plus vif intérêt, le court chapitre que l'auteur a consacré aux myomes de la peau (dermatomyomes), article dans lequel sont appréciées à leur haute et juste valeur les recherches de notre savant confrère et ami M. Ernest Besnier. Nous en dirons autant des hyalomes de la peau (*Auspitz*), que M. E. Besnier a décrits sous le nom de dégénérescence colloïde.

A propos du traitement du lupus vulgaire, l'auteur passe en revue toutes les méthodes de traitement et indique tous les procédés de cautérisation successivement préconisés, sans cependant mentionner la cautérisation au fer rouge.

Relativement au traitement mécanique des affections de la peau, il expose en quelques lignes précises quels sont les avantages du raclage, tel que l'a institué R. Volkmann, et des scarifications ponctuées multiples.

Il nous permettra d'exprimer notre regret d'avoir inutilement cherché son jugement sur les scarifications linéaires, introduites dans la thérapeutique par Balmanno Squire, méthode qui a été appliquée et perfectionnée par MM. Vidal et Ernest Besnier, et qui nous paraît, ainsi que les cautérisations au fer rouge préconisées par les chirurgiens de l'Antiquaille, l'un des meilleurs modes de traitement du lupus. Ajoutons que, grâce à la facilité qu'offrent le thermo-cautère ou l'électro-cautère, la plupart des objections qui avaient été opposées à l'emploi du feu s'effacent. En ce moment même plusieurs des médecins de l'hôpital Saint-Louis sont déjà allés assez avant dans cette adaptation de la méthode ignée au traitement du lupus. Nous ne manquerons pas de revenir à la prochaine occasion sur ce sujet, dont nous ne voulons aujourd'hui que marquer la place.

Et, à ce sujet, que M. G. Behrend veuille bien nous permettre une

Digitized by Google

petite critique. Est-il vraiment utile, dans un traité pratique des maladies de la peau, de passer aussi consciencieusement que complètement en revue toutes les méthodes de traitement, d'énumérer toutes les formules ? Ne serait-il pas préférable de ne signaler à l'attention du lecteur que celles qui donnent les meilleurs résultats.

Ce que le praticien a intérêt de connaître, ce n'est pas la liste des procédés tour à tour conseillés et détaillés ; mais bien celui auquel il doit, dans un cas déterminé, donner la préférence. Eh bien ! contre toutes les formes de lupus, les scarifications linéaires et la méthode ignée sont incontestablement le traitement externe de beaucoup supérieur à tous les autres. A propos de la méthode sanglante appliquée au traitement du lupus (considéré comme une scrofulo-tuberculose de la peau), il a été émis quelques craintes sur la possibilité de produire des auto-inoculations de matière tuberculeuse par le fait des incisions multiples et répétées des foyers tuberculo-lupeux par l'aiguille tranchante. Ces craintes ont été formulées presque à la fois par nos deux amis MM. Ernest Besnier et Aubert. (Voyez pour le premier Quinquaud, de la Scrofule dans ses rapports avec la phtisie pulmonaire, thèse d'agrégation p. 127 ; et pour le second, annales de dermatologie et de syphiligraphie, tome IV, page 132 et suivante. Traitement du lupus à l'Antiquaille.) A la vérité nombre d'observateurs ont cru remarquer et M. Ernest Besnier l'a indiqué spécialement que les procédés RAPIDES de traitement du lupus quels qu'ils soient sont suivis, à plus ou moins brève échéance, du développement de tuberculoses viscérales. Nous avons tenu à poser nettement et clairement les termes d'une question dont l'importance ne saurait échapper. Nous comprenons cet entraînement à l'érudition chez un homme qui, comme M. Behrend, a consciencieusement puisé à tous les trésors de l'érudition. C'est justement parce que jadis, emportés par la même irrésistible tendance, nous avons échoué contre le même écueil dans notre *Thérapeutique des maladies cutanées* (si le temps nous est donné d'élaborer une nouvelle édition), nous comptons bien agir comme nous l'indiquons aujourd'hui, que nous nous sommes permis d'appeler l'attention de M. G. Behrend sur ce point, dans l'intérêt de la science, dont il est un des plus autorisés zéiateurs.

En résumé, cette nouvelle œuvre de notre savant et distingué confrère montre une fois de plus les services qu'un travailleur aussi patient que judicieux peut rendre en appliquant tous ses efforts d'investigation et de discernement à celui des sujets de pathologie qui exige le plus impérieusement peut-être le déploiement de ces précieuses facultés.

Dr A. DOYON.

Digitized by Google

THÈSES SUR LA DERMATOLOGIE ET LA SYPHILIS SOUTENUES EN 1882.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

MALADIES DE LA PEAU.

Bartoszewicz. — Traitement des affections cutanées par les scarifications.

Catois. — Étude sur le sycosis.

D'Albuquerque Cavalcanti. — L'étiologie de la pellagre.

Dedet. — Du purpura hémorragique.

Faisans. — Des hémorragies cutanées liées à des affections du système nerveux et en particulier du purpura myélopathique.

Natu. — Du purpura rhumatismal.

Pouget. — De la chute des ongles dans les affections nerveuses et, en particulier, dans l'ataxie locomotrice.

Roland. — Des complications lymphatiques dans les affections eczémateuses.

Sabatier. — Traitement des scrofulides cutanées et des gommes scrofuleuses chez les enfants.

Vincent. — Du prurigo chronique et en particulier du prurigo de Hebra.

Vogelin. — Du purpura alcoolique.

Mathieu. — Des démangeaisons considérées comme symptôme du mal de Bright.

Mallet. — Etude sur les taches bleues.

Lartigue. — Contribution à l'étude de quelques formes éruptives du rhumatisme articulaire aigu.

Guérin. — Du traitement de la gale par le naphtol.

Galy-Brûclat. — Le bouton d'Alep.

SYPHILIS.

Berheim. — De la syphilis du cerveau.

Bonjean. — Des plaques muqueuses du larynx.

Bonnamy. — De la séméiologie des écoulements uréthraux.

Carlier. — Étude sur la syphilis pulmonaire.

Combret. — Notes sur les principales méthodes d'administration du mercure par la peau.

Delprat. — Des lésions cardiaques au cours de la blennorragie.

Dupont. — Essai sur la syphilis laryngée.

Froidure. — Manifestations musculaires de la syphilis.

Méricamp. — Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques tertiaires.

Guignard. — Contribution à l'étude des chancres syphilitiques extra-génitaux.

Gilles. — De l'hypertrophie des amygdales chez les syphilitiques.

Lagelouse. — Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par les frictions mercurielles.

Meunier. — Du syphilome ou gomme en nappe de la cavité buccale.

Mirpied. — Des ulcères syphilitiques du membre inférieur.

De Mangeli. — Des injections sous-cutanées de peptone mercurique ammonique dans le traitement de la syphilis.

Monnot.—Contribution à l'étude du syphilome ano-rectal. (*A suivre.*)

LE GÉRANT : G. MASSON.

Société d'imprimerie PAUL DUPONT. Paris, 41, rue J.-J.-Rousseau. (Cl.) 67.7.83.

Digitized by Google

TRAVAUX ORIGINAUX

MÉMOIRES

I

LE LUPUS ET SON TRAITEMENT

(2e Article) (1).

§ 1. — LUPUS ET TUBERCULOSE

I

Lentement, laborieusement, l'histoire clinique et anatomique du lupus se dégage de ses obscurités sous l'action des recherches histologiques et des expérimentations sur les animaux; ce que les cliniciens français avaient pressenti depuis le commencement de ce siècle prend chaque jour plus de vraisemblance : La lésion est scrofuleuse, tuberculeuse au sens actuel.

L'unité ou l'unicité du lupus, que la clinique avait déjà établie, en est singulièrement consolidée et ce serait véritablement s'attarder que d'y contredire plus longtemps; il est devenu, ce nous semble, nécessaire, ne fût-ce qu'à titre de mesure d'ordre nosologique, de ne plus employer le mot de lupus avec la signification banale et surannée qui lui est encore conservée par quelques auteurs. Les expressions de « lupus syphilitique, lupus cancéreux, lupus idiopathique, etc. » que l'on regrette de voir dans des travaux récents, sont inacceptables; chacun sait qu'il n'y a ni lupus cancéreux, ni lupus syphilitique, mais des carcinodermes ou des syphilodermes qui peuvent simuler le lupus, et qu'il s'agit, précisément à cause de cela, de différencier avec sévérité dans la terminologie. Pour les mêmes raisons de logique et de nosologie, on ne peut pas davantage admettre l'opinion facile et éclectique des auteurs qui décrivent plusieurs genres de lupus : un lupus scrofuleux et un lupus non scrofuleux (2) ou

(1) Voyez *Annales de Dermat. et Syphil.* 2e série, t. I, p. 686, 1880.

(2) Dans le précédent article, *loc. cit.*, discutant l'opinion de Hutchinson qui admet un lupus scrofuleux et un lupus non scrofuleux, j'ai déjà exposé les raisons élémentaires qui ne permettent pas de laisser subsister un semblable désordre dans la nomenclature dermatologique, et résumé la discussion dans les termes

Digitized by Google

non qualifié; la même affection ne peut pas être, à la fois, plusieurs choses diverses; si l'on comprend encore dans le genre lupus des affections de nature différente, le moment est venu de les séparer nominalement, et de fait, d'en faire des genres distincts. Cela n'a pas besoin d'être développé.

Il y a dix ans, lorsque les doctrines françaises, sur la nature du lupus, après avoir été partout, en Allemagne, méconnues, incomprises, traditionnellement ridiculisées, reprirent faveur sous la pression des découvertes histologiques (1), on pouvait croire qu'une faveur légitime leur serait accordée au pays d'origine, et qu'une entente générale ne tarderait pas à s'établir sur la nature scrofuleuse, tuberculeuse ou scrofulo-tuberculeuse (peu importent ici les mots) de l'affection lupique. Il n'en fut rien. Ce fut, au contraire, avec une extrême sévérité que les démonstrations récentes furent accueillies et contrôlées par les principaux histologistes de ce pays, et lorsqu'il fut manifeste que l'identité histologique du lupus et de la tuberculose n'était pas contestable, on chercha avec ardeur les raisons extrinsèques qui pouvaient discréditer l'idée nouvelle. Les premiers succès des expérimentations sur les animaux furent contestés, et les insuccès de recherches hâtives annoncés avec empressement; on ajouta que, d'ailleurs, le lupus n'était pas la seule affection assimilable à la tuberculose; qu'à ce compte, la lèpre et la syphilis pourraient également être annexées; que le tubercule constaté n'était peut-être pas du vrai tubercule (pseudotubercule, tuberculoïde, etc.). Enfin, aucune de ces raisons ne pouvant être (il n'est pas nécessaire de le démontrer au lecteur) acceptée, on se tourna du côté de la clinique pour y chercher des arguments et des raisons, absolument étrangers au fond même de la question (histologique ou expérimentale).

Quelque tentation que j'en aie, je ne pourrai instituer dans cet article, dont l'objet principal est le traitement du lupus, le procès entier de cette

suivants : « Comment comprendre un lupus scrofuleux, et un autre non scrofuleux; et comment admettre que l'on puisse déclarer une même lésion histologiquement unique, tantôt scrofuleuse, tantôt non, selon que le sujet portera, ou non, les stigmates conventionnels, et variables avec chaque médecin, de la scrofulose confirmée, réalisant alors ce paradoxe de vouloir classer une lésion à caractères positifs à l'aide de phénomènes négatifs propres au sujet, et abstraction faite des caractères positifs de cette lésion.

Pour nous, anatomiquement et cliniquement, le lupus est la scrofulose du derme, partout et toujours, c'est un scrofuloderme, et tous les sujets qui ont du lupus sont des scrofuleux ou si l'on préfère des scrofulotuberculeux, au même titre qu'un sujet porteur d'un seul élément syphilitique bien constatate est un syphilitique. En dehors des muqueuses et de la peau, il n'y a plus de lupus, il y a des scrofulotubercules de l'hypoderme, du tissu conjonctif, des ganglions, des tissus fibreux, des os ou des viscères, scrofulomes, ou gommes scrofuleuses ».

(1) Friedlander, Untersuchungen über Lupus (*Virchow's Archiv.*, Bd. 60, 1874).

Digitized by Google

phase scientifique vraiment digne d'attention, mais je ne puis me soustraire à l'obligation de montrer combien les arguments que l'on a puisés dans la clinique sont dépourvus de valeur et de force, et d'établir que l'on s'est hâté imprudemment d'invoquer, contre l'identité, les enseignements de l'expérimentation physiologique.

Les arguments proposés pour faire repousser l'assimilation entre le lupus et les tuberculoses locales, ou, si l'on veut, entre le lupus et la tuberculose dont celles-ci ne sont que des espèces, des formes ou des variétés, se résument dans les propositions suivantes : 1. « Le lupus n'est pas héréditaire » ; — 2. « La symptomatologie du lupus diffère de celle de la tuberculose proprement dite de la peau ou des muqueuses » ; — 3. « Le lupus ne mène pas à la tuberculose » ; — 4. « Les expérimentations sur les animaux établissent que le lupus n'est inoculable ni localement, ni infectieusement. »

Je vais examiner successivement chacun de ces arguments :

1. « *Le lupus n'est pas héréditaire* ». Assurément, et je trouve là une des meilleures démonstrations de la nature extrinsèque, et initialement locale de la tuberculose; l'argument est d'ailleurs peu valable, en toute hypothèse, à une époque où l'hérédité vraie, proprement dite, de la tuberculose à tous ses degrés est contestée. J'ajouterai même, à titre de complément, que si j'ai vu maint lupeux se tuberculiser, je n'ai jamais vu de tuberculeux confirmé devenir lupeux, pas plus que je n'ai observé de syphilitique en acte d'infection, atteint d'un chancre syphilitique en présence de cette infection. Dans les deux cas, ce serait finir par le commencement, et renverser la série réelle, laquelle commence, dans le lupus, par la lésion locale pour aboutir éventuellement à l'infection générale, ainsi que j'aurai soin de l'établir dans le cours de cet article.

2. « *La symptomatologie du lupus diffère de celle de la tuberculose proprement dite.* »

Voilà encore une vérité que je n'aurai garde de contester, faisant profession, depuis longtemps, de la démontrer en acte chaque jour; mais, en nosologie générale, il n'y avait guère lieu de la rappeler, car, en vérité, si cette différence dans les symptômes entre les deux ordres de lésions n'eût pas existé, à qui eût-il pu venir l'idée de donner à chacune d'elles une dénomination différente? Et d'autre part, qui a jamais décrété que deux affections de même nature auraient toujours la même symptomatologie? Et n'est-ce pas parce que cette uniformité n'existe pas que l'on a créé dans chaque genre naturel des espèces cliniques, des formes et des variétés indispensables pour catégoriser, distinguer, classer et conserver sous une même espèce des choses à la la fois de même nature et d'aspect différent? Comment peut-on oublier un instant que tous les genres nosologiques ont des espèces, des formes et des variétés cliniques

Digitized by Google

qui, non seulement peuvent varier symptomatologiquement entre elles sans différer de nature, mais qui peuvent encore simuler les espèces et les variétés de genres différents, sans être exposées pour cela à être déclassées. Tout cela est absolument élémentaire et vrai universellement, qu'il s'agisse d'épithéliomes (1), de sarcomes, de carcinomes, de syphilomes, etc., etc. Cela est vrai plus encore, et avec des variantes bien plus grandes pour la tuberculose à tous ses degrés et dans tous les organes. Combien n'est-elle pas étendue la gamme des modalités différentes de la phthisie pulmonaire, depuis celle du sujet emporté en quelques semaines par une phthisie galopante, jusqu'à la phthisie torpide, et à la phthisie de guérison? Et quelle différence dans le tableau symptomatique entre ce malade qui succombe à la phthisie vulgaire, et cet autre, considéré comme atteint d'une dothiénentérie ou d'un catarrhe suffocant, ou de mainte autre forme encore de tuberculose larvée, et dont la tuberculisation n'est reconnue qu'à l'autopsie!

Et sur le terrain direct de l'objet en litige, est-ce que le lupus, lui-même, n'a pas des espèces, des formes et des variétés différentes? Et en quoi se ressemblent, objectivement et symptomatologiquement, le lupus maculeux, torpide, bénin du centre de la joue, et les formes galopantes, rongeantes, serpigineuses? faut-il, pour cela, dissocier les espèces du genre pour en faire des genres distincts, et n'est-ce pas toujours du lupus?

Voyez même pour l'ulcération tuberculeuse proprement dite des lèvres, du nez, de l'anus, de l'orifice uréthral, de la langue, de la face interne des joues, etc., etc. N'avez-vous pas observé des formes et des variétés différentes, depuis l'ulcération presque indolente de la langue jusqu'à la glossite généralisée suraiguë? ne sait-on pas que l'aspect et l'évolution de ces mêmes lésions présentent souvent des différences individuelles qui mettent à une rude épreuve la sagacité clinique la plus éveillée des hommes rompus à ce genre d'études?

Ce serait abuser que d'insister plus longuement. Ainsi que nous l'avons dit, assurément, la scrofulotuberculose de la peau (le lupus), c'est-à-dire une tuberculose locale primitive du derme, probablement d'origine accidentelle et extrinsèque, développée chez un sujet à prédominance lymphatique, mais, en somme, encore vigoureux et bien portant, ne peut avoir la même symptomatologie que la tuberculose *secondaire* de la peau ou des muqueuses, observée chez des sujets invariablement infectés et consti-

(1) Bien qu'il soit superflu de donner des exemples, je veux cependant citer une phrase du plus récent travail qui ait été publié sur les épithéliomes (août 1883, A. Blum et M. Duval, *Arch. gén. de méd.* p. 145). « Les épithéliomes présentent des variétés cliniques multiples, et dont la gravité dépend du siège et du mode d'évolution, bien plus que de la structure histologique. »

Digitized by Google

tuant le tubercule à sa plus haute puissance. Mais cela entraîne-t-il que la nature de la lésion histologique, ou de l'irritant histologique connu ou à connaître, ne soit pas la même de part et d'autre ? En aucune manière. La pathologie en général, et la pathologie de la tuberculose en particulier en fournissent surabondamment la preuve.

3. « *Le lupus ne mène pas à la phthisie.* » Cet argument, un de ceux que l'on a mis en avant avec le plus de confiance comme étant de nature à démontrer qu'il n'existait pas de rapport entre le lupus et la tuberculose, n'est plus comme les précédents la production d'une vérité dont l'interprétation seule prête à contestation ; c'est l'utilisation, pour les besoins de la cause, d'une légende, qui ne repose sur aucune donnée scientifique. Avant les contestations récentes, nul ne niait que la phthisie pulmonaire ne fût une complication à redouter chez les lupiques, nul ne le contestait même parmi les auteurs les plus opposés aux idées françaises sur la nature scrofuleuse du lupus, Hebra, Kaposi, Neumann, etc. ; mais, en fait, la question n'a jamais été étudiée avec le soin qu'elle réclame et que les idées nouvelles exigent impérieusement.

Voici, cependant, des documents provisoires dont on ne récusera pas, nous le pensons, la valeur :

Le doyen des médecins actuels de l'hôpital Saint-Louis, Lailler, dont chacun connaît l'expérience profonde et la réserve extrême, a écrit ce qui suit : « Les lupeux paraissent exposés à contracter la tuberculose pulmonaire. *Elle est chez eux une cause fréquente de mort*, parfois elle revêt une forme aiguë ; le plus souvent elle est torpide et se prolonge longtemps (1). »

Dans sa thèse remarquable, mon savant ami Quinquaud, malgré la réserve à laquelle l'astreignait un travail du genre de celui qu'il rédigeait (thèse de concours) n'a pas craint d'aller contre la légende, de se ranger à l'opinion que je soutiens, et de l'appuyer de son observation personnelle. Il a rappelé que chez les lupeux la phthisie est souvent torpide, latente et il a décrit chez eux trois formes principales, la forme commune ou classique, la forme aiguë (plus rare, dit-il, mais pas aussi rare à notre sens), la variété paroxystique qu'il a observée lui-même, et dont nous lui avons apporté une observation type (2).

Ce qui a dérouté l'observation des auteurs qui n'ont pas vu la tuberculose chez les lupiques, c'est que la tuberculose du lupus peut rester

(1) E. Quinquaud, *De la scrofule dans ses rapports avec la phthisie pulmonaire.* Thèse présentée au concours pour l'agrégation. A. Delahaye et Lecrosnier. Paris, 1883. — Nous ne saurions trop vivement engager le lecteur qui veut se renseigner complètement sur ces sujets d'intérêt urgent, à lire cette importante et remarquable monographie.

(2) *Loc. sup. cit.*, p. 127.

Digitized by Google

longtemps, indéfiniment, locale; c'est que les déterminations tuberculeuses vers les viscères se font lentement, sourdement, *souvent par petites crises passagères séparées par de longues accalmies;* c'est que beaucoup de ces malades, chez qui un examen attentif, approfondi, ferait constater soit les attaches certaines de la scrofule virtuelle (diathèse lymphatique, conjonctive, etc.), soit des lésions commençantes du poumon, conservent ou peuvent conserver longtemps les *apparences* d'une « belle santé » (état floride des scrofuleux).

Mais cette innocuité, apparente ou réelle du lupus, bien facile à comprendre alors qu'il s'agit d'une tuberculose *locale*, est malheureusement bien loin d'être absolue: tantôt rapidement (deux ou trois ans), tantôt très lentement (dix, vingt, trente ans et plus), l'infection apparaît soit par pénétration spontanée, soit peut-être à la faveur de quelque traumatisme portant sur la surface lupique qui soit de nature à produire une sorte d'auto-inoculation (1). La série morbide a commencé avec l'envahissement de la peau et du derme muqueux par l'élément tuberculeux; elle se continue par une infection secondaire (ganglions périphériques) et se termine par une infection profonde ou viscérale, mettant à parcourir ce cycle un plus ou moins grand nombre d'années. Le lupeux est, alors, devenu un tuberculeux proprement dit, un phthisique.

Cette infection s'observe dans toutes les formes de lupus, mais, est-il nécessaire de le dire, surtout dans la forme typique; rare dans les cas où le lupus est resté peu étendu, torpide, ou très lent dans son évolution, elle peut s'accentuer rapidement dans les cas où la lésion est active, envahissante localement, spontanément destructive. Après une phase commune pendant laquelle l'adénopathie extérieure est seule manifeste, mais dans laquelle on trouve, quand on le recherche convenablement, déjà accentués les premiers indices d'une infection parenchymateuse du poumon, on voit se développer soit une phthisie aiguë, soit des pleurésies suspectes,

(1) Cordier (Cité par Aubert. *Voy.* Le traitement du lupus à l'Antiquaille. *Annales de Dermat. et de Syph.* 2e série, t. IV, 1883, p. 133), suppose que « puisque la tuberculose est considérée comme une maladie virulente, elle ne doit pas se réinoculer au porteur. » C'est une pétition de principe; il faudrait d'abord montrer que la règle de la réinoculation est propre à toutes les maladies virulentes sans exception, et, en second lieu, cela fut-il établi, il n'y a pas de comparaison à faire entre une affection qui peut rester localisée indéfiniment au point d'application comme la tuberculose, par exemple, et la syphilis. La virulence d'une affection, une fois constatée, ne l'identifie en aucune manière, *ipso facto*, aux autres affections virulentes, est-il nécessaire de le rappeler? La virulence du chancre simple et celle de la blennorrhagie ne sont pas celle de la syphilis, pas plus que celle-ci n'est celle de la tuberculose, etc., etc.

Dans la séance du 28 juillet 1883, de la Société de biologie, Cornil a émis cette idée que les inoculations de lupus pourront servir de vaccin contre la tuberculose; je n'hésite pas à m'inscrire, au nom de l'observation, contre cette proposition, dans les termes où elle est formulée.

Digitized by Google

soit une phthisie chronique à marche lente, soit une forme paroxystique et hectique spéciale. Les observations que j'ai communiquées à QUINQUAUD pour sa thèse d'agrégation (1), représentent des types de la forme pleurétique, de la phthisie infectieuse commune, et de la forme paroxystique.

Le moment n'est pas encore venu de dire la proportion numériquement précise qui s'établit entre le lupus et la tuberculose viscérale; il n'y a pas assez longtemps que la question est nettement posée pour établir une statistique. Voilà cependant que les faits s'accumulent : aux observations de LAILLER et de QUINQUAUD (2) s'ajoutent les deux cas de AUBERT (3), le cas de DOUTRELEPONT (4) et mes observations personnelles. Je sais que l'on a déjà dit que ces faits étaient de simples coïncidences, que, dans les villes, la phthisie n'était pas rare et qu'elle n'avait aucune raison pour épargner les lupiques; cela n'est pas une argumentation scientifique, mais un propos de conversation, une fin de non-recevoir. Une semblable négation, pour être accueillie, ne saurait être basée que sur la production d'une statistique intégrale, établie conformément aux règles de cette science, et réglée sur les exigences de la catégorie particulière de faits à étudier, laquelle réclame, pour chaque malade, une enquête de plusieurs années avant d'être valable pour cette négation.

On chercherait en vain dans les observations recueillies à une époque antérieure les éléments d'une statistique rétrospective ; ce n'est pas une simple affirmation sur l'*état apparent* du malade que l'ont peut invoquer, mais bien un examen complet, fait conformément aux procédés récents et délicats de la clinique actuelle. En faisant cette enquête sur les lupeux de mon service ou de ma policlinique (38), pendant les seuls mois de juin ou de juillet de la présente année, j'ai pu constater les faits suivants, et les faire constater publiquement :

1° Homme de 45 ans atteint de *lupus érythématotuberculeux* du nez, de la lèvre supérieure et de la joue gauche. Tuberculose vulgaire du poumon : matité ; craquements humides au sommet gauche ; expectoration caractéristique, etc.

2° Fille de 33 ans. *Lupus tuberculeux* du cou : hémoptysies ; tuberculose vulgaire des deux sommets surtout à gauche ; matité ; craquements humides.

(1) *Loc. cit.*, p. 126, 127.
(2) *Loc. cit.*, p. 124, 125.
(3) *Loc. cit.*, p. 133. — Un cas de phthisie galopante, et un cas de « pleurésie traînante qui parut tuberculeuse ».
(4) Une fille, d'ailleurs robuste, atteinte de lupus de la face et des membres, fut frappée brusquement d'une méningite basilaire tuberculeuse, et mourut en huit jours. A l'autopsie, on ne trouva pas d'autre foyer infectieux que le lupus. DOUTRELEPONT, Tuberkelbacillen im Lupus (*Monatshefte für praktische Dermatologie*, Bd. II, n° 6, Juni 1883.

Digitized by Google

3° Garçon de 21 ans. *Lupus tuberculeux* de la joue droite ayant débuté à l'âge de 10 ans. Hémoptysies depuis 6 mois ; tuberculisation à marche rapide; craquements humides des deux sommets.

4° Fille de 12 ans. *Lupus tuberculo-ulcéreux* du nez, datant de 2 à 3 ans, à marche rapide; *lupus du pharynx*. Respiration rude aux sommets au moment de l'entrée ; au 10 juillet 1883, un an après la première constatation de ces signes physiques, l'enfant est devenue cachectique; il y a des râles caverneux aux deux sommets, de la matité étendue, etc.

5° Fille de 17 ans. *Lupus tuberculo-ulcéreux* du nez datant de l'enfance; matité au sommet droit; expiration rude et prolongée; respiration saccadée.

6° Fille de 11 ans et demi. — Petit *lupus tuberculeux* du centre de la joue droite, datant de cinq ou six ans. — Respiration saccadée; submatité, obscurité du bruit respiratoire aux sommets; expiration prolongée.

7° Fille de 16 ans, presque, complétement guérie d'un *lupus tuberculeux* datant de la première enfance, et occupant toute la joue droite; en très peu de mois, on voit la malade pâlir, puis maigrir; l'auscultation pratiquée en juin fait constater : respiration rude, et expiration soufflante aux deux sommets ; au sommet gauche, on commence à constater, par la toux, des craquements fins, mais très manifestes.

8° Jeune fille de 22 ans, presque guérie d'un *lupus érythémateux* du visage; vers la fin du traitement, bien que la jeune fille habite la campagne, et ne vienne que pour les scarifications, on note de la pâleur, de l'amaigrissement, une tuméfaction ganglionnaire de la grosseur d'une noix au sommet de la gaîne du sternomastoïdien gauche. Respiration faible des deux côtés, surtout au sommet droit, et submatité.

Ainsi donc, réunissant au moment où j'écris ces lignes, 38 sujets lupiques, formant la série de ces malades que j'ai en ce moment (juin et juillet 1883) en traitement, soit dans mon service de l'hôpital St-Louis, soit (le plus grand nombre) à ma polyclinique (annexe du même service), je trouve 8 malades — 21 p. 100 chez qui je constate et je fais constater à tout venant non pas des signes de présomption, mais des signes physiques manifestes, plus ou moins avancés comme degré, sans préjudice de ce qu'un examen plus attentif pourrait montrer chez les autres malades, dans une affection dont la marche est extrêmement lente, dont les crises sont séparées par de longues accalmies. Et l'on pourrait négliger tout cela, et dire sans preuves, que le lupus ne mène pas à la tuberculose! Je ne crois pas nécessaire d'insister.

Cette fréquence de la phthisie à plus ou moins longue échéance chez les lupiques m'apparaissait manifeste depuis longtemps, malgré les difficultés particulières que présentent les longues observations sur un même

Digitized by Google

malade dans notre hôpital Saint-Louis, où les patients, abusant sans frein de la liberté illimitée (liberté aussi préjudiciable à leur intérêt qu'à l'intérêt de la science) d'aller et de venir d'une division dans une autre, rendent impossible toute tentative statistique intégrale; mais cette constatation n'a pris en réalité un intérêt majeur que depuis le moment où est née la notion des tuberculoses initialement locales, et où est apparue dès le même instant l'idée d'une prophylaxie possible de la tuberculose par la destruction prompte et entière du lupus.

Ce n'est pas tout; cette fréquence m'a semblé devenir plus grande, ou, au moins, la marche des accidents d'infection secondaire m'a paru précipitée chez les sujets traités par les méthodes sanglantes. — Un soupçon du même ordre a traversé l'esprit de mon collègue Aubert, alors qu'il avait l'occasion d'observer dans sa clientèle deux cas de phthisie rapide chez deux lupiques opérés par lui; mais ces faits ne s'étant pas reproduits sous ses yeux, le savant chirurgien de l'Antiquaille s'est borné à publier sa remarque, et n'en a pas pris inquiétude. Les faits multipliés qui se sont produits devant moi ne me permettent pas de partager cette sécurité, et je pense que partout où on mènera l'enquête avec les soins et l'étendue qu'elle réclame, on arrivera aux mêmes conclusions que moi. Quoi qu'il en soit, voilà l'avis nettement formulé, et pour qu'il ne reste pas d'ambiguïté, je résume les propositions précédentes en disant : Je ne prétends pas que tous les sujets atteints de lupus deviennent ou deviendront phthisiques, je ne sais même pas la proportion exacte dans laquelle cette infection se produit; mais je considère que les lupeux, à la manière de tous les sujets atteints de tuberculose locale, restent dans l'imminence d'une infection générale, et que le pronostic classique du lupus doit, de ce chef, être réformé. Je ne prétends pas davantage que tous les lupeux traités par les méthodes sanglantes deviennent ou deviendront phthisiques, mais mon observation personnelle me porte à penser que les cas de phthisie secondaire sont plus communs, ou au moins plus hâtifs, chez ces sujets que chez les autres.

4. « *Les expérimentations sur les animaux établissent que le lupus n'est inoculable localement ni infectieusement.* » C'est là un argument, je l'ai déjà rappelé ailleurs (1) dépourvu de tout caractère philosophique, et une proposition inacceptable; on n'est absolument pas fondé à infirmer un fait positif (l'analogie histologique du lupus avec la tuberculose) à l'aide de faits négatifs tirés d'expérimentations instituées depuis peu de temps, insuffisantes en nombre, incomplètement jugées; mais je n'ai déjà plus besoin de m'appuyer sur ces règles de jugement, et c'est presque une réfutation rétrospective que j'ai à produire ici. J'éprouve

(1) Art. Gommes (pathologie) du *Dict. encyclop des sc. méd.*

Digitized by Google

un véritable regret de n'être pas, sur ce point, en accord avec mon savant collègue et ami E. VIDAL, qui, après avoir présenté ses objections et ses négations dans la discussion élevée sur la tuberculose et la scrofulose en 1880 et 1881 à la Société médicale des hôpitaux (1), a renouvelé sa protestation à la Société de biologie dans la séance du 18 novembre 1882 (2), dans les termes suivants :

« Jusqu'ici, malgré les tentatives connues de MM. KIÉNER, VIDAL, sur les cobayes, et les inoculations qu'a faites M. LELOIR sur six cobayes et deux jeunes chiens dans le laboratoire de M. VULPIAN, jamais le lupus n'a pu être inoculé; jamais, jusqu'ici, son inoculation n'a produit de tuberculose. Les expériences de MAX SCHULLER, par injections dans la trachée des lapins, sont entachées de trop d'erreurs pour n'être pas contestables. »

Je laisserai de côté les expériences de MAX SCHULLER, ce savant n'ayant pas besoin de mon secours pour se défendre, mais je constate que, dans une séance suivante de la même société (3), l'un des deux auteurs de la communication que nous venons de rapporter a soin lui-même de se dégager, déclare expressément qu'il ne prend plus parti dans la question, et fait pressentir que la valeur des insuccès invoqués ne lui paraît déjà plus aussi grande. « En somme, dit M. LELOIR dans cette seconde communication, je le répète, je ne prends actuellement parti ni pour l'une ni pour l'autre opinion, mais il se peut que mes nombreuses inoculations de lupus, pratiquées dans de meilleures conditions expérimentales, pourront devenir, sous peu, un argument sérieux au point de vue de la nature de cette affection. »

Je me joins de grand cœur à MALASSEZ qui, dans cette même séance (4), a félicité le sympathique et brillant chef de clinique dermatologique de la Faculté « d'atténuer singulièrement le dire de son maître et collaborateur » puis, a déclaré que la question ne pouvait être encore résolue complètement dans l'état actuel de la science et a émis sur cette question des considérations élevées dont la discussion ne saurait prendre place ici, mais que j'accepte pleinement en principe. Quant au fait, il

(1) *Bullet. et mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, t. XVIII, 2e série. année 1881, p. 110 et suiv. Paris 1882, — Et, tirage à part des discours prononcés dans cette discussion, p. 82 et suiv. 1881. *Voy.* aussi les excellentes revues critiques de P. MERKLEN, sur la scrofulose et la tuberculose (*Ann. de Dermatologie et de Syphiligraphie*, t. I, 2e série, p. 516 et suiv., 706 et suiv., 1880, et *ibidem*, p. 343 et suiv. 691 et suiv. 1881).

(2) Note sur l'anatomie pathologique du lupus, par E. VIDAL et H. LELOIR. — *Bulletins et Mémoires*, p. 700, 1882.

(3) *Loc. sup. cit.* Séance du 31 décembre 1882. Recherches sur l'inoculation du lupus.

(4) *Eod. loco.*, p. 857.

Digitized by Google

me suffira d'ajouter que CORNIL et LELOIR ont, depuis, réussi à inoculer une lésion, qui sera peut-être un lupus (localement au lapin) et à produire la tuberculose chez les cobayes par l'inoculation du lupus, ce que, précédemment, VIDAL et eux-mêmes contestaient (1).

Je n'ai jamais cessé de penser que l'on trouverait, dans les études nouvelles, des preuves de plus en plus démonstratives de la nature tuberculeuse du lupus; parmi les faits à rechercher, au cours actuel de l'observation histologique, la présence des bacilles de la tuberculose était au premier rang; je n'ai jusqu'ici rencontré parmi les histologistes de ce pays dont j'ai sollicité l'avis que des dénégations aussi actives que sur les autres points visés plus haut. Mais ma confiance n'en est pas ébranlée, et je pense que ces dénégations auront le sort des précédentes. En attendant j'ai pour m'affermir dans mon espoir de clinicien, espérant de l'histologie (malgré elle pour ainsi dire dans le cas actuel) le plus grand secours, les travaux suivants, dans lesquels est montrée la présence des bacilles dans le lupus : R. DEMME. — *Bacilles dans trois cas de lupus* (2). — PFEIFFER. — *Bacilles dans le lupus de la conjonctive* (3). — DOUTRELEPONT. — *Bacilles de la tuberculose dans sept cas de lupus* (4). SCHUCHARDT et KRAUSE. — *Bacilles dans quatre cas de lupus* (5), que je signale vivement à l'attention du lecteur, qui en trouvera l'analyse dans le présent numéro de ce journal (6).

(1) Voy. Soc. de Biologie, séance du 28 juillet 1883.

(2) R. DEMME, *Berliner Klin. Wochenschr.*, nº 15, 1883.

(3) PFEIFFER, *Tuberkelbacillen im der Luposerkrankh. Conjunctiva.; eod. loco*, Jul. 1883.

(4) DOUTRELEPONT, Tuberkelbacillen im Lupus (*Monatshefte für praktische Dermatologie*. Bd. II, nº 6, juni 1883).

(5) C. SCHUCHARDT UND G. KRAUSE, Ueber das Vorkommen der Tuberkelbacillen bei fungösen und scrophulösen Entzündungen (*Fortschr. d. med.* 1883, nº 21). Les auteurs ont trouvé les bacilles dans 40 cas de tuberculose locale observés à la clinique de Volkmann, à Halle. Ces cas se décomposent ainsi :

10 *cas* de tuberculose des synoviales.
3 — des os.
13 d'abcès tuberculeux où les bacilles se trouvent dans la membrane pyogénique.
3 d'adénite tuberculeuse.
4 de tuberculose de la peau, « c'est-à-dire de lupus ».
1 de tuberculose de la langue, du testicule, des tendons, des muscles.
2 de tuberculose des organes génitaux chez la femme.

Les bacilles étaient constants mais plus ou moins abondants. Le pus des abcès tuberculeux n'en contenait que 4 fois sur 13 (*Centralblatt für medicinischen Wissenschaften*, nº 29, p. 526, 21 juillet 1883).

(6) Dans la séance de la Société de Biologie du 28 juillet, Cornil a constaté « l'existence, dans une coupe de lupus, d'un bacille unique », mais il s'empresse d'ajouter que le sujet était tuberculeux (ce qui ne doit pas étonner!).

Digitized by Google

II

Ainsi donc, et quelque réserve que l'on fasse sur le sort définitif de la question qui est ici exposée, les recherches les plus récentes, en dépit d'une très vive et très puissante opposition (1), loin d'enlever au lupus ses affinités avec la scrofule (terrain commun) ne font que les affirmer plus fortement en montrant sa nature tuberculeuse. D'autre part, le caractère local de cette tuberculose, les faits d'infection secondaire que nous lui attribuons, apportent sur tout ce sujet des clartés inattendues dont il est légitime de chercher à faire bénéficier dès à présent la pratique, que nous ne devons pas oublier au milieu de nos contestations. Là est le but et l'objet principal de ce travail; et c'est dans cet esprit que j'ai envisagé le sujet dont il me reste à résumer les termes d'après mon observation personnelle.

Sur la peau ou sur les muqueuses, le lupus, dans toutes les espèces, formes, ou variétés, qui lui appartiennent réellement, est cliniquement et histologiquement une lésion tuberculeuse; ce n'est pas sur des sujets préalablement tuberculeux qu'on le voit se développer, je n'en ai pas vu d'exemple; c'est, au contraire, sur des sujets le plus ordinairement jeunes, ou très jeunes, prédisposés vraisemblablement par un état particulier du système lymphatique (scrofule virtuelle, état lymphatique). Son lieu d'implantation et de développement est, dans la très grande majorité des cas, une partie découverte, le visage, et le nez avec une prédilection d'ailleurs lamentable; très communément l'insertion paraît favorisée par un traumatisme léger, pathologique ou accidentel, de la peau et des muqueuses, une brûlure, une plaie, un eczéma infantile, un vésicatoire à demeure (au bras, etc.)

Ces mêmes lésions, d'autre part, peuvent, selon toute vraisemblance,

(1) Cette opposition extraordinaire ne désarme pas, même devant l'évidence. Après avoir nié l'inoculabilité du lupus, après avoir nié les bacilles, on invoque, à présent, des différences dans le degré, la marche, etc., comme si ces différences n'existaient pas à propos de toutes les altérations anatomopathologiques. Cornil, qui montre lui-même par ses expériences que le lupus inoculé et réinoculé en séries donne la tuberculose, dit encore que l'identité de nature n'est pas démontrée, et il établit entre le lupus et le tuberculose une comparaison analogue à celle que l'on fait entre la vaccine et la variole! « La vaccine, dit-il, est loin d'être une maladie identique à la variole, et pourtant son action préventive est incontestable; il peut en être de même du lupus par rapport à la tuberculose » (*Soc. de Biologie*, 28 Juillet 1883).

Je ne puis absolument pas comprendre que des arguments aussi contraires à ce que l'on voulait établir aient pu être produits : D'une part, en effet, tandis que la vaccine ne donne jamais la variole et en préserve souvent, le lupus donne la tuberculose et loin de préserver les sujets, les y expose au contraire de la manière la plus funeste!

Digitized by Google

servir de porte d'entrée à l'élément tuberculeux, lequel, sans se manifester à la surface par quelque chose que nous sachions encore, pénétrerait dans les ganglions, et constituerait directement la scrofulo-tuberculose.

Cette infection précoce et simultanée, qui paraît se réaliser dans quelques cas de lupus aigu, ou très étendu, ou multiple, n'est pas la règle, et l'observation faite par nous dans cette direction, semble indiquer que, très souvent au moins, la lésion lupique est isolée et locale, végétant sur place à la manière d'un élément parasitaire vulgaire.

En effet, le plus ordinairement, quand on peut assister au début premier, particulièrement dans le lupus du centre de la joue si commun chez les enfants, la lésion est tout à fait localisée, très petite, superficielle, et la santé du sujet n'en est, en aucune manière, affectée; à en juger par ce que j'ai déjà pu observer, si l'on peut, dans cette période initiale, détruire complètement la petite lésion, on n'observera plus ni extension, ni reproduction sur place.

Sur le mode d'introduction ou de germination de l'élément tuberculeux, je ne sais rien de précis, mais toutes ces constatations portent à penser qu'il vient du dehors et non du dedans (personne, je crois, ne supposera son développement spontané, sa *génération* spontanée).

Avec une grande netteté, l'observation clinique montre combien le foyer lupeux initial est superficiel; elle fait voir aisément que ses progrès, en masse et en superficie, sont exécutés de la surface vers la profondeur en même temps que dans la périphérie. C'est seulement aux périodes avancées, quand il existe des nappes spontanément ou chirurgicalement cicatricielles, opposant une barrière à la pullulation de bas en haut, que l'on voit la multiplication se faire plus profondément; à la périphérie de ces cicatrices, au contraire, quand la reproduction se fait latéralement, on retrouve les mêmes caractères de superficialité initiale. Peu importe que, selon l'opinion de Berger, de Pohl et de O. Weber, le lupus débute par l'épiderme ou qu'il commence par le derme selon l'observation d'autres histologistes parmi lesquels E. Vidal et H. Leloir; l'hypothèse de l'introduction du dehors au dedans n'en est pas attaquée; la plus légère effraction de la couche épidermique qui sépare l'extérieur du sommet d'une papille suffit pour cette inoculation accidentelle.

On comprend aisément la différence qui sépare cette pénétration du dehors au dedans, et cette fixation sur des tissus prédisposés, mais relativement sains et tolérants, de l'auto-infection de la peau (extrêmement rare) ou des territoires cutanés mixtes des orifices naturels, ou des muqueuses de rapport, survenant chez des sujets préalablement infectés, phthisiques, et qui constitue cette série si intéressante de lésions dont la réunion forme la tuberculose proprement dite de la peau et des mu-

Digitized by Google

queuses de rapport. Nul ne s'étonnera que le tableau clinique soit aussi dissemblable dans les deux cas; toutes proportions gardées, le premier peut être comparé à l'inoculation accidentelle d'un virus quelconque sur la peau; le second aux lésions d'infection secondaires survenant du dedans au dehors.

Dans l'immense majorité des cas, l'évolution du lupus est de nature à témoigner hautement de l'extériorité de son origine première; que ce soit sur la peau ou sur une surface muqueuse, il y végète avec une lenteur extrême (les cas de lupus aigu, galopant, généralisé, fébrile, etc. sont d'une grande rareté relative, et, pour plusieurs formes, le diagnostic est à reviser); son extension en surface ou en profondeur se fait d'une manière insensible, et pour la forme type, le lupus vulgaire, les progrès ne se comptent que par années; il peut s'en écouler un grand nombre, et la vie entière du malade peut se passer, sans que la lésion dépasse les limites de la région atteinte, un côté de la face par exemple.

III

S'il en est ainsi, et si le lupus, tuberculose locale, peut devenir le foyer d'une infection ultérieure, on comprend avec quelle sollicitude le médecin doit, d'une part, chercher à détruire ce foyer, et de l'autre combien il doit mettre de circonspection dans l'emploi de méthodes thérapeutiques qui pourraient être de nature à faciliter l'infection générale. Théoriquement, et ce nous a semblé en fait, les méthodes sanglantes, les procédés par incision surtout, doivent être examinés à ce point de vue avec une grande attention, et la seule supposition que j'ai indiquée a suffi pour me décider à soumettre à une enquête nouvelle les procédés de traitement de lupus. Si l'on pouvait arriver, par d'autres moyens que par la scarification, à des résultats aussi bons à tous les titres, l'hésitation, à mon sens, ne serait plus permise. Je n'oserai dire encore que j'y suis parvenu pour toutes les régions du corps, mais je suis en mesure d'affirmer qu'à l'aide de *l'ignipuncture* ou des *scarifications ignées*, avec le thermocautère, et mieux avec les instruments délicats d'électrocaustique que j'ai fait construire pour cet objet, on peut détruire sûrement les foyers du lupus, et obtenir des résultats au moins égaux, à ceux que fournit la méthode sanglante.

Digitized by Google

§ 2. — TRAITEMENT DU LUPUS

I

Traitement interne.

L'état général des sujets atteints de lupus peut être avantageusement modifié par divers agents de la médication interne, mais la lésion elle-même, à la manière de toutes les autres tuberculoses locales, est absolument réfractaire à leur emploi : C'est là un point que je regarde comme acquis; aussi, avant d'arriver à l'exposé des médications locales et du traitement que je propose, me sera-t-il suffisant de dire, en très peu de mots, ce que l'expérience m'a appris sur la valeur réelle des principales médications internes qui ont été vantées contre le lupus.

I. *Huile de morue.* Dès le commencement du siècle, l'huile de morue avait été donnée aux lupeux comme aux autres scrofuleux ; c'est seulement vers 1848 qu'Emery, médecin de l'hôpital Saint-Louis, affirma qu'il guérissait le lupus à l'aide de doses élevées (400 à 1,000 grammes) de ce médicament. Mais, à la lecture du travail de ce médecin (1), on ne trouve rien qui justifie ce qu'il annonce : les doses excessives qu'il préconise ne sont pas tolérées dans notre climat ; quant aux guérisons qu'il rapporte, elles sont décrites avec si peu de précision qu'on ne saurait les apprécier ; et aucune d'elles n'ayant été contrôlée par un examen ultérieur, elles restent non avenues. Après Emery, Devergie (2) et quelques autres ont annoncé des résultats plus ou moins dignes de remarque, mais toutes ces assertions n'ont pas résisté à une observation plus prolongée et plus sévère.

Pour ma part, l'expérience repétée et prolongée ne m'a laissé aucun doute sur ce point ; jamais un lupus véritable n'a été guéri par l'usage interne de l'huile de morue. Lorsque le lupeux présente les conditions générales qui indiquent l'usage de cet agent médicamenteux, on peut trouver avantage à l'y soumettre, en ayant soin de tenir compte du climat, de la saison, de la tolérance individuelle, etc. ; mais, en aucun cas, je le répète, on ne pourra compter sur son action pour la guérison de la lésion.

(1) *Mémoire sur le traitement du lupus*, etc. Extr. de la *Revue médico-chirurgicale*. Paris, 1848.

(2) *Journ. de méd. et chir. prat.*, 1848, et *Traité prat. des maladies de la peau*, 2e édit., p. 651. Paris, 1857.

Digitized by Google

II. *Iode ; iodure d'amidon ; iodoforme; iodure de potassium.* Je n'ai jamais pu obtenir aucun résultat appréciable sur la lésion lupique de l'usage interne de l'iode ; quelque soin que j'aie pris de varier les modes d'administration et d'atteindre dans les doses les limites de la tolérance. Il y a quelques années, MAC CALL ANDERSON (1) annonça plusieurs succès dus à l'emploi de l'iodure d'amidon contre le lupus érythémateux, et moi-même, au même moment (2), je crus pouvoir attribuer à l'iodoforme donné à l'intérieur des guérisons remarquables de la même espèce de lupus. Je ne sais si le savant professeur de Glascow a continué à être aussi heureux, mais l'observation ultérieure ne m'a plus fourni de résultats également favorables (3).

Aucune action curative, je l'affirme pour l'avoir expérimenté longtemps et sur un nombre considérable de sujets, de l'iodure de potassium à toutes doses ; maintes fois, j'ai eu l'occasion de traiter des lupiques devenus syphilitiques, ou présentant en même temps un lupus et un syphiloderme tertiaire ; alors que l'iodure de potassium accomplissait dans les délais accoutumés son office curatif à l'égard du syphilome, le lupus restait absolument inattaqué. Dans ces cas, la preuve thérapeutique acquiert toute la précision d'une expérimentation réglée. Il peut arriver que, pendant les premiers jours du traitement d'un lupus par l'iodure de potassium, on observe une certaine diminution de masse dans le néoplasme, mais cela est tout à fait momentané, et les espérances que l'on avait conçues ne tardent pas à s'évanouir (4).

(1) On the use of iodide of starch in the treatment of lupus erythematodes (*Annual meeting of the British med. assoc. in Cork*, aug., 1879).

(2) Art. cité (*Ann. de Dermat. et de Syph.*, p. 697, 1880.)

(3) Dans les études thérapeutiques relatives au lupus érythémateux il faut se tenir en garde contre de nombreuses causes d'erreur de diagnostic et d'interprétation. Il y a des variétés de lupus érythémateux vraiment *intermittentes* dans leurs manifestations principales ; on doit se tenir, aussi, en garde contre la confusion du lupus érythémateux avec le psoriasis solitaire de la face, avec diverses variétés d'érythème sébacé qui ne sont pas lupiques, — certaines lésions trophiques érodantes qui appartiennent à l'asphyxie des extrémités, l'engelure chronique, etc., et même quelques syphilomes tertiaires en nappes.

(4) Notre observation s'applique non seulement au lupus, mais à toutes les tuberculoses locales ; au contraire, dans les cas de tuberculose proprement dite, infectieuse, dans les ulcérations tuberculeuses, par exemple, on voit, avec une extrême rapidité, les accidents s'aggraver sous l'action de l'iodure de potassium, et cela à ce point que, dans les cas où l'on juge à propos de tenter cette médication, les malades doivent être surveillés de très près et chaque jour.

Quant aux cas de lupus vulgaire dans lesquels on aurait obtenu la guérison à la suite du traitement par l'iodure de potassium, ils n'ont été dénommés ainsi que par suite d'un diagnostic erroné ; or, comme le diagnostic différentiel du lupus vulgaire et de certains syphilodermes est d'une difficulté quelquefois insurmontable à l'aide des signes directs, même pour les cliniciens rompus par métier à toutes ses minuties, il se comprend aisément que le change ait été souvent pris par des médecins moins familiarisés avec l'étude comparée des syphilomes et des scrofulomes.

Digitized by Google

III. *Soufre.* — Aucune action réelle de la médication sulfureuse interne ou externe, ni même des médications sulfureuses hydrothermales, action locale bien entendu, car plusieurs eaux sulfureuses peuvent, à bon droit, réclamer les lupeux au point de vue de l'état général dans lequel ils se trouvent communément. De plus, dans le cas où l'on craindrait une infection imminente, je ne mets pas en doute qu'une cure aux eaux de Cauterets, d'Eaux-Bonnes, de Luchon, d'Allevard, etc. ne puisse être du plus grand secours.

IV. *Arsenic.* — Mêmes observations à propos de la médication arsenicale, dont l'effet curatif local est nul, mais qui, à dose tonique, et sous forme de cure hydrothermale (la Bourboule), peut rendre grand office aux lupeux de toute espèce, ne fût-ce qu'à titre préventif et prophylactique.

II.

Médication topique simple.

La médication topique simple comprend pour le lupus trois ordres d'agents: les antiphlogistiques ou émollients, les résolutifs, les irritants substitutifs appliqués à la surface des parties non ulcérées; leur action n'est, le plus ordinairement et le plus généralement, qu'accessoire; ce sont des adjuvants souvent utiles, mais non des agents curatifs réels.

I. *Topiques émollients.* — Les topiques émollients, douches de vapeur tiède, cataplasmes de fécule, etc. ne sont pas sans quelque action sur le lupus; employés avec persévérance, ils peuvent amener une décongestion momentanée assez manifeste parfois pour faire croire à une amélioration réelle; ce ne sont, en fait, que des adjuvants, souvent très utiles dans le cours des médications curatives proprement dites.

II. *Résolutifs.* — De même, pour les topiques dits résolutifs, au premier rang desquels l'emplâtre de Vigo (1) lequel, à la manière de tous les agents analogues, saturnins, mercuriels, ou mixtes, mais mieux qu'aucun autre, détermine une très légère irritation substitutive en même temps qu'une sorte de balnéation, de macération locale; mais il ne faut pas prendre ici l'apparence pour la réalité, et confondre avec la guérison des améliorations certainement éphémères. C'est se faire encore illusion

(1) L'onguent de Vigo, convenablement préparé, doit être étendu sur de la toile fine simple, en couche mince, et non en couche épaisse sur de la toile apprêtée et gommée, comme s'obstine à le faire le commerce de la pharmacie.

Digitized by Google

et s'attarder que d'essayer l'emploi des résolutifs plus actifs tels que la teinture d'iode, la glycérine iodée, les solutions aqueuses ou alcooliques de perchlorure de fer, les solutions non caustiques de soude, de potasse, de chlorure de zinc, etc., etc. ; pour quelque rare guérison contestable, temporaire, on réalisera toute une série d'insuccès.

III.

Irritants substitutifs.

On pourrait, en principe, fonder des espérances plus sérieuses sur l'emploi des irritants substitutifs francs, quand ils sont de nature à déterminer dans la masse morbide un travail phlegmasique plus ou moins comparable à celui qui se produit quand les parties, atteintes de lupus, sont envahies par un érysipèle ; mais je n'hésite pas à déclarer que ces espérances ne sont pas plus fondées. Assurément, quand un érysipèle de quelque intensité évolue sur une surface occupée par la néoplasie lupique, il annihile, dans une certaine mesure et pour un certain temps, le processus lupique comme il le ferait pour une néoplasie syphilitique, de la même façon et au même titre. Mais ce qui se produit souvent d'une manière définitive pour le syphilome essentiellement éphémère de sa nature, ne se réalise que pour un temps à l'égard du lupus, lésion essentiellement permanente, et je n'ai jamais vu de lupus vrai disparaître vraiment et définitivement sous l'action d'un érysipèle pas plus que sous l'action des irritations substitutives les plus énergiques, de la vésication profonde, par exemple, qui occupe certainement le premier rang parmi les agents dont je parle en ce moment. Je n'ignore pas que d'assez nombreuses observations de lupus « guéri par un érysipèle » sont consignées en divers travaux; mais je déclare de nouveau que je n'en ai jamais observé de définitive, et qu'aucune des observations dont j'ai pu prendre connnaissance n'est démonstrative ; il faudrait absolument, dans les cas semblables, revoir les malades au bout d'un temps assez long, une année au moins, examiner la cicatrice, comme cela doit être fait, pour pouvoir affirmer qu'il n'y a pas de récidive effectuée.

On ne doit pas comprendre dans la série des irritants substitutifs dont le vésicatoire peut être considéré comme étant le type, les préparations qui sont dosées de manière à être caustiques, c'est-à-dire à détruire les tissus en même temps qu'elles déterminent dans les parties voisines une irritation phlegmasique plus ou moins vive. C'est bien dans la série des médications caustiques, des agents chimiques, et non ici, qu'il faut ranger les pommades iodomercuriques ou chloromercuriques; ces médica-

Digitized by Google

tions, qui ont été longtemps employées, doivent être absolument rejetées aujourd'hui; leur application, toujours incertaine dans les résultats immédiats ou éloignés, cause des douleurs violentes et prolongées; insuffisante, elle donne lieu à des cicatrices très difficiles à régler et au milieu desquelles la répullulation se fait plus ou moins rapidement; suffisante ou trop forte, elle expose le patient à des destructions inutiles, et elle le condamne à porter une cicatrice vicieuse, déformante, que nous sommes en mesure, aujourd'hui, de rectifier le plus souvent, mais au prix de scarifications multipliées. J'ignore si ces moyens de traitement sont encore employés quelque part, tels qu'ils l'ont été longtemps à l'hôpital Saint-Louis, mais je n'hésite pas à les condamner absolument.

IV

Méthodes sanglantes.

Elles comprennent trois modes d'application distincts qui sont : 1° l'extirpation; 2° la rugination ou le raclage ; 3° la dilacération (scarifications).

I. *Extirpation.* — L'ablation du lupus, qui semble en principe la méthode par exellence, parce qu'elle est la plus radicale et la plus simple, a été, à diverses reprises, introduite dans la pratique chirurgicale, mais elle a toujours été abandonnée par ceux-là mêmes qui l'avaient recommandée en termes précis. D'une part, en effet, l'étendue souvent considérable des surfaces envahies, plus encore leur siège si fréquent à la face, sur le nez, sur les paupières, sur les lèvres, etc. s'opposent d'une manière absolue à la mise en pratique de l'extirpation dans la presque totalité des cas; on ne saurait admettre, dans le traitement du lupus, la production de destructions et de délabrements semblables à ceux que nécessiterait l'éradication complète et immédiate de la lésion. D'autre part, alors, même, qu'il s'agit de surfaces lupiques limitées, et occupant des régions opérables, le résultat obtenu est loin de répondre à ce que promettait l'hypothèse; la cicatrice est souvent vicieuse; elle devient le siège d'altérations nouvelles, et la répullulation de la lésion est presque la règle; pour l'éviter, il faudrait, en surface et en profondeur, dépasser les limites dans lesquelles on est contraint de rester. Et alors, même, que l'on atteindrait ces limites excessives, l'extirpation par la méthode sanglante laisserait toujours la possibilité éventuelle d'une auto-inoculation des surfaces de section; si, dans une circonstance particulière, l'extirpation radicale d'un lupus était indiquée, elle ne devrait être pratiquée qu'avec le thermocautère ou avec l'électrocautère; et si l'opéré était dans

Digitized by Google

une salle d'hôpital, les plus grandes précautions protectrices devraient être prises, non au point de vue antiseptique banal, mais contre une infection tuberculeuse de la plaie venant de l'atmosphère nosocomiale.

II. *Rugination* (*raclage*, *curage*, *abrasion*, *grattage*). — L'application de la rugine au traitement de plusieurs tumeurs de la peau ou des muqueuses paraît avoir été faite par divers chirurgiens, à une époque déjà assez reculée; au rapport d'AUSPITZ (1), par exemple, d'après BARDENHEUER (2), la cuiller tranchante était employée depuis plus de vingt ans, dans le service de chirurgie de FISCHER, à Cologne, contre le lupus, l'épithéliome, les ulcères fongueux, quand VOLKMANN (3), de Halle, fixa définitivement l'attention sur ce procédé mécanique. Peu d'années après, le raclage était mis à l'étude dans le traitement d'un grand nombre d'affections cutanées, et du lupus en particulier, par l'illustre HEBRA (4), puis importé et appliqué pour la première fois en France, par P. AUBERT (5), de Lyon, qui en avait étudié la pratique à la clinique dermatologique de Vienne. Depuis ce moment, la méthode nouvelle a été mise en expérimentation, sur une très vaste échelle, par les médecins de l'hôpital Saint-Louis. Pour ma part, aussitôt que j'eus reçu de P. AUBERT les indications qu'il avait rapportées de son séjour à la clinique de HEBRA, je fis avec la plus grande attention le raclage des lupus de tout ordre à l'aide des instruments perfectionnés de BALMANNO SQUIRE (6), que je modifiai dans les conditions nécessitées par la variété presque infinie des indications particulières (7). Il ne m'a pas fallu beaucoup de temps pour reconnaître que la rugination ne pouvait pas constituer un procédé exclusif de traitement; le lupus érythémateux dut être, presque immédiatement, éliminé de l'expérimentation, et quant au lupus tuberculeux, chacun reconnut

(1) HEINRICH AUSPITZ. Ueber die mecanische Behandlung von Hautkrankheiten. (*Vierteljahr. für Dermat. und Syphil.*, t. III, 1876, p. 562; trad. franç., par A. DOYON, *in Ann. de Dermat.*, 1re série, t. IX, 1877, p. 136-242-403.)

(2) Indicationen zur Anwendung des scharfen Löffels. Cöln, 1877, *cit.* AUSPITZ.

(3) *Sammlung Klinisch. Vorträge*, n° 13, 1870.

(4) HANS HEBRA. Ueber die Anwendung des Schabeisens bei Hautkrankheiten. (*Wiener med. Wochenschr.*, n° 51, 1875, et *Vierteljahr. für Dermat.*, *etc.*, t. III, 1876 (14), p. 423, 1876.)

(5) De l'emploi du raclage dans les maladies de la peau. Trad. du mém. de HANS HEBRA, *Lyon médical*, et tirage à part, Lyon, 1876. Voy. aussi ACHILLE DRON, *ibid.*, janvier 1877, et ROBERTO CAMPANA, *L'abrazione nelle dermopatie*, Napoli, 1876, et *Giorn. ital. d. malatt. ven. e della pelle*, anno XII, 1877, p. 124.

(6) *Med. Times and Gaz.*, 26 aug. 1876.

(7) Ces modifications ont consisté surtout à perforer le fond des curettes, que j'ai transformées en anneaux à bords tranchants (pour obvier au remplissage des cuillers), et à construire des instruments appropriés à l'étendue et à la situation des surfaces à ruginer ou des foyers à curer. E. VIDAL a proposé dans le même but des rugines en crochet à bords tranchants qui ne sont pas indispensables dans des mains exercées, et qui pourraient n'être pas inoffensives entre des mains inexpérimentées.

Digitized by Google

rapidement qu'il n'était attaqué par la curette que d'une manière partielle. Si la rugination était opérée avec force et très profondément, on reproduisait dans de moins bonnes conditions l'opération condamnée de l'extirpation; si le raclage était fait conformément aux règles qui doivent lui être imposées, c'est-à-dire si la curette, portée sur les parties malades, fouillait à fond seulement les foyers de lupus, le résultat était absolument incomplet, et la récidive à courte échéance, la règle. Il fallut, au bout de peu de temps, ou renoncer à la méthode, ou ne la considérer que comme un des temps de la cure complète, laquelle devait être terminée soit par la cautérisation, soit par la dilacération.

Aujourd'hui, je proscris toutes ces pratiques d'une manière systématique et uniforme, par cela seulement qu'elles ne répondent pas au but essentiel que je considère comme devant être cherché, à savoir la destruction de la néoplasie et, qu'étant sanglantes, elles rendent possibles à la fois une réinoculation locale et une infection générale (1).

III. *Acupuncture, ponctions multiples, scarification à l'aiguille ou avec des instruments appropriés, scarification linéaire quadrillée, hachage.* — Le terme de *dilacération* est celui qui convient le mieux à cette méthode sanglante de traitement du lupus qui a, d'abord, consisté dans une acupuncture multiple simple (2), puis en des scarifications ponctuées, faites après raclage préalable, à l'aide de la lancette ou du bistouri (3); en des scarifications linéaires croisées dans des séances successives et faites après rugination ou sans, avec une aiguille appropriée, et selon un procédé opératoire méthodique (4); en des scarifications linéaires pratiquées comme mode opératoire unique, aussi rapprochées que possible,

(1) Je n'applique cette proscription du raclage, opération excellente pour d'autres lésions, qu'aux tuberculoses locales, ou à des affections du même ordre, dont une opération sanglante pourrait faciliter l'inoculation infectieuse. Bien que je considère, par exemple, la rugination, que j'ai appliquée le premier au traitement du papillome des anatomo-pathologistes (tubercule anatomique), comme le meilleur procédé chirurgical qui soit applicable à cette affection (voyez, pour le mode d'exécution, la note 1 de la Trad. franç. de Kaposi, par E. Besnier et A. Doyon, t. II, p. 146 et suiv.), je n'hésiterais pas à l'abandonner si l'opinion de E. Vidal qui suppose que cette affection « n'est sans doute que le produit d'inoculation de la tuberculose » (voy. *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, t. III, 1883. Du lupus scléreux, p. 414), venait à se confirmer, et, dans ce cas, à adopter la pratique, mise, en ce moment même, en expérience par mon distingué confrère et ami le Dr T. Barthélemy, qui traite le papillome des anatomo-pathologistes par l'ignipuncture.

(2) A. Dubini. (Voy. la citation textuelle plus loin, p. 399. note 2.)

(3) Volkmann. *Loc. cit.*, 1870.

(4) Balmanno Squire. On lupus disease of the skin, and its treatment by a new method. London, 1874. Ce travail a eu deux éditions (voy. les obs. *in* Thèse de Lelongt, citée à la note suivante, et *Med. Times and Gaz.*, 1876, t. II). La part de Balmanno Squire dans la méthode de la scarification linéaire est de l'avoir produite, et d'avoir apporté, ainsi, une amélioration réelle au traitement chirur-

Digitized by Google

et quadrillées ou losangiques, dans la même séance (1), et enfin dans une véritable dilacération méthodique par des incisions presque contiguës, et disposées en ligne losangique à la manière des hachures les plus serrées des dessinateurs (2).

Cette méthode est certainement la plus brillante qui se soit produite jusqu'à présent, les résultats immédiats qu'elle donne sont très satisfaisants, son application est relativement facile, et innocente à titre local; de plus, dans les formes congestives et hypertrophiques, elle amène des résultats qui dépassent toute attente. Cependant, le reproche qui lui a été fait, dès le début, d'être suivie presque indéfiniment de récidives sur place, et que l'on pouvait toujours espérer pouvoir éviter dans l'avenir en perfectionnant le procédé opératoire, est, au contraire, devenu plus réel, à mesure que les années ont permis de contrôler les résultats.

Sans cesse, il faut faire revenir les malades, reprendre en sous-œuvre les foyers lupiques au fond des réseaux cicatriciels, et les années se passent sans qu'on réalise une guérison véritable, absolue, dans un grand nombre de cas, au moins. Ce n'est pas tout, ainsi que je l'ai dit dans la première partie de ce travail, de même que le professeur VERNEUIL incrimine, à juste titre, certaines pratiques de traitement mécanique des affections locales tuberculeuses comme capables de produire une auto-infection, mon observation personnelle me porte à penser qu'indépendamment des réinoculations locales, les scarifications favorisent ou

gical, jusque-là rudimentaire, du lupus. Toutefois (BALMANNO SQUIRE est le premier à le reconnaître), le succès de la méthode eût été bien modeste et sa généralisation ne se fût pas produite si lui et sa méthode n'avaient été découverts par ÉMILE VIDAL.

(1) ÉMILE VIDAL. *Thèse* de F. LELONGT, Du lupus, anat. path. et trait. par la méthode des scarifications linéaires, Paris, 1877. — Trait. du lupus par les scarifications linéaires, note lue à l'Acad. de méd. de Paris, *in Union médicale*, 3e série, année 1879. — Leçons cliniques sur le lupus, *in France médicale*, 1881, etc. — C'est à VIDAL que revient l'honneur d'avoir, le premier, compris tout le parti que l'on pouvait tirer des scarifications, non seulement dans le traitement du lupus, mais encore dans toute une série d'affections cutanées de nature diverse. Avec la plus grande loyauté, BALMANNO SQUIRE reconnaît que « l'importance de cette méthode est entièrement d'origine française » et que sans son adoption et son développement par É. VIDAL, et sans le concours ultérieur de plusieurs médecins de l'hôpital Saint-Louis, elle était condamnée à rester dans l'ombre et le silence. (*Communication écrite.*)

(2) ERNEST BESNIER. *Loc. cit.*, *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1880. Je réclame, pour ma part (que l'on ne m'a guère rendue) d'avoir, après VIDAL, mis sur une échelle très étendue la méthode des scarifications linéaires en expérimentation publique, d'en avoir régularisé et précisé le procédé opératoire, d'avoir donné les moyens de faire les scarifications presque sans perte de sang, tout en les menant au point extrême de multiplication nécessaire pour abréger le nombre des séances, et d'avoir enseigné la méthode et le procédé réglés dans tous leurs détails à un grand nombre de médecins français et étrangers. Il est inutile d'ajouter que je n'ai pas borné les applications de la méthode au lupus, mais que je l'ai étendue à diverses autres altérations cutanées, dans le traitement desquelles elle restera.

Digitized by Google

produisent l'auto-infection des opérés, augmentent le nombre des lupeux qui deviennent phtisiques, ou favorisent et activent cette infection. En voilà plus qu'il n'en faut pour condamner les scarifications appliquées au traitement du lupus, de la même manière et au même titre que toutes les autres méthodes sanglantes (1), et comme pour toutes les tuberculoses locales, quelles qu'elles soient.

V

Méthodes caustiques

1° *Caustiques chimiques.* — A. *Cautérisation interstitielle.* — L'idée d'introduire au centre même de la masse lupique des agents capables de détruire la néoplasie d'une manière quelconque est, au premier abord, séduisante; jusqu'à présent, toutefois, aucune réalisation définitive n'a pu être produite qui soit applicable à la généralité des cas.

La première application de cette méthode (application du « réveilleur de vie », de Baunscheidt, de Bonn) paraît avoir été faite au traitement du lupus, par A. Dubini, de Milan (2); mais sa constitution ne date, en

(1) Je n'ai pas parlé des inconvénients qui s'attachent aux pertes de sang réitérées produites chez les lupiques par les scarifications linéaires, parce que ces inconvénients peuvent être évités absolument, à l'aide du procédé des éponges multiples que j'ai décrit en 1880, *loc. cit.*, p. 704, dans les termes suivants : « Au moment de commencer la scarification, nous faisons mettre à notre portée un assez grand nombre de petits fragments d'éponge fine. Aussitôt une surface de quelques centimètres scarifiée, et avant qu'aucun écoulement de sang ait pu dépasser le petit morceau d'éponge que nous plaçons à côté de la plaque, l'opérateur ou un aide couvre la partie scarifiée avec un autre petit fragment d'éponge qu'il maintient ou que nous maintenons avec la main gauche, et ainsi de suite. De cette sorte, nos séances de scarification, même les plus étendues, se font sans queles parties voisines soient atteintes par le sang. Au bout de quelques instants de compression, tout écoulement a cessé, le fragment ou les fragments d'éponge peuvent être enlevés, et la surface scarifiée peut être examinée aisément à l'œil nu et à la loupe. Indépendamment de la netteté satisfaisante des scarifications ainsi pratiquées, nous y trouvons encore cet avantage, très appréciable chez des malades généralement anémiques, de réduire aux plus petites proportions les déperditions sanguines. Dans aucun cas, il n'est nécessaire d'avoir recours à un autre procédé d'hémostase. » Si je fais ici ce rappel, c'est que j'ai le regret de constater qu'un grand nombre de scarifications sont encore pratiquées en faisant subir aux opérés une perte de sang que l'on pourrait éviter, à leur grand profit.

(2) « In un altro caso di lupus ipertrofico, recidivo, si ebbe una guarigione relativamente pronta (3 mesi) coll'opera del ridesdatore, colle unzioni di biioduro di mercurio ad un grammo in quindici di grasso e coll' uso interno del decotto di noce iodurato (*Rapporto annuale dei malati, di malattie cutanee curati nelle speciale comparto dell'Ospedale maggiore di Milano*, anno 1865; *in Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, anno II, vol. III, 1867). » — Voy. aussi, du même auteur, *Mém. s. Bauuscheidtismo in Annali univ. di Med.*, aprile 1864; et *Di alc. nuov. appl. d. ridest. Giorn. it. dell. malat., etc., anno citato*, p. 348.

Digitized by Google

réalité, que des essais d'Ernest Veiel (1) qui l'imagina pour le lupus érythémateux, en raison de l'insuffisance du procédé de Volkmann appliqué à cette espèce de lupus; les ponctions étaient faites avec un instrument muni de six lames de lancettes disposées parallèlement, puis les surfaces étaient imprégnées d'une solution alcoolique de chlorure de zinc à 50 0/0. De nombreux essais avaient été faits depuis longtemps, dans cette direction, par mon savant maître et collègue Lailler, et j'avais, moi-même, à côté de lui, essayé, fabriqué ou fait construire des instruments de toute sorte; l'imperfection des résultats obtenus nous a toujours paru ne pas justifier de publication hâtive, et c'est pour cela que nous n'avons pas écrit le détail de nos recherches, lesquelles ont, d'ailleurs, toujours été exécutées publiquement. Non seulement les résultats ont toujours été imparfaits, mais dans quelques cas, les douleurs consécutives ont été fort vives, les accidents locaux, produits, assez pénibles, et les cicatrices obtenues très défectueuses.

On ne sera guère plus heureux en employant des liquides moins actifs que la solution de chlorure de zinc; j'ai pu voir un cas traité à l'étranger par la méthode de Rob. Campana (2), à l'aide d'application de perchlorure de fer faite à la suite des ponctions; le lupus était à peu près guéri, mais la surface était couverte de véritables incrustations ferriques indélébiles. Même insuffisance, sinon mêmes inconvénients, des badigeonnages de glycérine iodée employés par le savant Auspitz (3) : 1 partie d'iode pour 20 de glycérine. C'est la constatation des desiderata de cette application qui a porté Ed. Schiff (4) à introduire ce même liquide dans la trame du lupus, à l'aide d'une aiguille à injection hypodermique, munie d'une petite pipette en caoutchouc, ce que l'on ferait encore plus commodément avec une seringue ordinaire de Pravaz, si l'iode ne mettait pas rapidement les pistons hors d'usage. Ce procédé est manifestement supérieur et mérite d'être étudié en variant les liquides d'injection; je considère, cependant, qu'il y a un obstacle réel à son succès définitif dans la difficulté de régler l'injection dans un tissu morbide et de l'étendre à la totalité du néoplasme avec un liquide suffisamment actif, sans produire de lésions trop considérables.

B. *Cautérisation chimique en masse.* — Théoriquement la destruction complète des parties atteintes de lupus par les caustiques chimiques

(1) Zur Therapie des Lupus und Lupus erythematosus. (*Arch. f. Dermat. und Syph.*, *V Jahr.*, 2 Heft, p. 279.)
(2) *Loc. sup. cit.*, p. 125.
(3) *Loc. sup. cit.*, p. 585.
(4) Zur Behandlung des Lupus. (*Vierteljahr. f. Dermat. und Syph.*, 1880, p. 247. — Anal. par A. Doyon *in Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, t. II, 1881, p. 408.)

Digitized by Google

est très satisfaisante; pratiquement elle est des plus imparfaites et elle comporte des inconvénients, des accidents, et des suites, qui doivent la faire rejeter à titre général : douleur extrêmement vive et prolongée, incertitude du degré exact de la destruction, altération plus ou moins grande, mais inévitable, des tissus sains, cicatrices vicieuses, voilà, très sommairement, ce qu'il faut mettre au passif de cette méthode; tous les procédés qui éludent ou atténuent quelques-unes de ces défectuosités, en atténuant la surface et la profondeur de l'action chimique, ne donnent qu'une guérison le plus ordinairement temporaire, partielle, fictive. Si l'on ajoute que le lupus a son siège à la face, dans la très grande majorité des cas, on comprendra surabondamment les raisons pour lesquelles nous rejetons d'une manière absolue l'emploi des caustiques chimiques dans le traitement général du lupus, et cela bien entendu, non pas par système, mais après avoir trop longtemps torturé de pauvres patients avec tous les agents caustiques dont dispose la matière médicale, y compris le nitrate de plomb et le bromure de potassium en poudre, que nous avons ajoutés à leur collection déjà longue. Je veux répéter, enfin, une fois de plus, qu'il faut, en particulier, proscrire les caustiques arsenicaux dont les effets locaux sont souvent déplorables, et qui ont même, entre des mains expérimentées, causé la mort par intoxication (1).

2° *Caustiques ignés.* — A. *Cautérisation en masse par le fer rouge.* — En principe, voilà une méthode qui semblerait devoir occuper le premier rang; destruction immédiate et complète, en une seule séance, du tissu malade, aucun danger ni de réinoculation opératoire, ni d'autoinoculation du malade. Et cependant, je persiste à la proscrire, bien que cette méthode soit encore préférée par de savants et habiles chirurgiens dermatologistes (2). A la face, en particulier, je la repousse absolument à cause des destructions inutiles et fâcheuses qu'elle produit, toutes les fois où elle est suffisante, et si la lésion a quelque étendue, à cause de la nécessité de l'anesthésie générale qu'elle réclame (3); en raison non

(1) Voy. Trad. française de Kaposi, par E. Besnier et A. Doyon, t. II, p. 288, et note 1.

(2) Horand, Cordier; voy. Aubert, *loc. sup. cit.*, p. 128 et suiv.

(3) Je persiste également à traiter le lupus sans pratiquer l'anesthésie générale; on peut, en effet, sauf exception toute particulière, pratiquer la destruction du néoplasme lupique sans produire de douleur qui justifie l'emploi de ce moyen. Avec des mélanges anesthésiques perfectionnés, et avec des pulvérisateurs pourvus d'un chalumeau approprié, on parvient à anesthésier localement, d'une manière suffisante, presque toutes les régions de la face. Sur le reste du corps, à l'exception du pourtour des orifices naturels, on peut faire l'anesthésie aussi complète que cela peut être nécessaire, par la méthode locale. Dans la très grande majorité des cas, la destruction du lupus à l'aide du thermocautère ou des galvanocautères peut se faire, dans les conditions que j'indiquerai tout à l'heure, sans anesthésie locale, même chez les enfants; il est tout à fait exceptionnel que je l'emploie plus

Digitized by Google

seulement de l'étendue des cicatrices et de leurs accidents secondaires, mais encore en raison de la nécessité de diriger, jour par jour, la cicatrisation pendant plusieurs mois quelquefois, à l'aide de cautérisations répétées au nitrate d'argent, que nos malades (à Paris au moins) supportent très difficilement, enfin en raison de la nécessité corrélative d'hospitaliser les lupeux, ce que l'on doit, à tous les titres, s'efforcer d'éviter.

B. *Cautérisation interstitielle et fragmentée. Cautérisations ponctuées ou linéaires avec le thermocautère* (*procédé de l'auteur*). — Mais si je persiste à ne pas accepter la cautérisation au fer rouge en masse, bien qu'elle soit encore conservée dans la pratique de très habiles chirurgiens dermatologistes (1), il n'en est plus de même au sujet de la cautérisation interstitielle, fragmentée, telle qu'elle peut être pratiquée avec les instruments perfectionnés que nous possédons. Présentement, le galvanocautère et le thermocautère sont les agents exclusifs de traitement que j'emploie dans toutes les formes de lupus, à l'aide d'instruments délicats, variés suivant les diverses indications à remplir, que je préciserai tout à l'heure. Il ne peut encore être question de juger d'une manière absolue la valeur de la méthode au point de vue de l'avenir de la lésion locale et de l'avenir du patient, mais il n'est pas téméraire de la préjuger, et il est, dès à présent, possible d'en régulariser l'emploi, et d'affirmer que l'on peut, à son aide, obtenir de belles cicatrices souples et lisses, et tout en détruisant le néoplasme, atteindre le minimum de destruction réalisable.

L'application de la galvanocaustique au lupus n'est pas nouvelle, et elle eût assurément pris plus tôt un développement suffisant, si la rugination et la dilacération n'avaient pas, en quelque sorte, accaparé la faveur générale en raison de la simplicité des agents d'exécution. Mais, pour nous, dès l'instant où l'idée du lupus tuberculose locale a pris corps, et après que nous eûmes constaté la présence de la phtisie chez nos opérés, ainsi que nous l'avons exposé en détail plus haut, la nécessité de revenir aux méthodes destructives et non sanglantes est devenue manifeste.

La première application réglée de la galvanocaustique au lupus appartient à l'illustre Hebra (2) qui la signale comme une acquisition très

d'une ou deux fois dans les séances hebdomadaires qui durent souvent plusieurs heures; on ne doit pas omettre de se rappeler, en effet, que l'anesthésie locale, *suffisante*, est, elle-même, très douloureuse.

(1) Voy. Le traitement du lupus à l'Antiquaille, *loc. sup. cit.*, p. 128.

(2) Les instruments appliqués par Hebra étaient : 1° une anse de fil de platine terminée en pointe et plongée (chauffée à blanc) dans chacun des tubercules de lupus disséminés ; 2° une tige de porcelaine conique, entourée de spirales de fils de platine pour la cautérisation des tubercules confluents ; 3° un morceau de fil de platine en forme de couteau pour abraser les tubercules de lupus hypertrophique ; 4° l'anse de fil pour extirper les masses de ce même lupus, par exemple le lobule

Digitized by Google

précieuse de la thérapeutique du lupus, avec cette restriction qu'elle ne soit, en général, praticable qu'à l'hôpital à cause des appareils et des aides qu'elle réclame (1). NEUMANN recommande également la galvanocaustique (2); il signale les avantages de cette méthode au premier rang desquels il place la rapidité de la guérison. Toutefois, aucun auteur ne paraît considérer cette méthode comme devant être généralisée à tous les cas de lupus ; et le prend simplement rang, dans le chapitre consacré au traitement du lupus vulgaire, parmi une série d'autres procédés de destruction du néoplasme lupique, et il ne semble pas qu'elle ait été adoptée généralement même pour le lupus vulgaire; elle ne l'a certainement pas été d'une manière exclusive. En France, les plus récents travaux sur le traitement du lupus ne contiennent rien qui ait trait à l'emploi du thermocautère ni du galvanocautère, si ce n'est pour déclarer le cautère ordinaire (3) préférable. A Paris, de temps à autre, quelques chirurgiens emploient le cautère actuel ou le thermocautère contre le lupus, mais assez rarement, en réalité, car cette affection est, le plus habituellement, et presque exclusivement on peut le dire, traitée à l'hôpital Saint-Louis, dans les services de dermatologie qui sont, à bon droit, classés parmi les services de médecine proprement dite.

Les pièces n°s 681 et 872 du Musée de l'hôpital Saint-Louis représentent un très bel exemple de guérison d'un lupus végétant de la partie inférieure de la face (scrofulide verruqueuse de Hardy) (4) obtenue à

de l'oreille très hypertrophié et infiltré. (Voy. NEUMANN, *Wochenbl. der Zeitschr. der K. K. Ges. der Aerzte in* Wien, 1861, [n°s 23 et 24, et *Jahresb. des K. K. allg Krankenhauses*, 1866, p. 174.)

(1) Voy. Traité des maladies de la peau. Trad. française, par A. DOYON, t. II, p. 483.

(2) Traité des maladies de la peau. Trad. française, par E. et A. DARIN, p. 427. — NEUMANN énumère les instruments déjà indiqués tout à l'heure ; il ajoute que, dans la majorité des cas de lupus hypertrophique, tuberculeux et serpigineux, la galvanocaustique suffit seule à la guérison; qu'une application de cautère galvanique équivaut à environ vingt applications de nitrate d'argent, et il renvoie, pour plus de détails, au mémoire publié par lui sur ce sujet en 1862 (*Wochenblatt der K. K. Gesell.*, *in* Wien, 1862). — Voy. pour la description de l'appareil galvanocaustique employé, construit par LEITER, *Alleg. Wiener. Mediz. Zeitung*, 1877.

(3) Un gros cautère à boule, porté au rouge vif par le gaz ou par le charbon de bois, paraît à HORAND préférable au thermocautère à cause du rayonnement plus intense du calorique et de l'énergie plus grande. » — P. AUBERT, *loc. sup. cit.*, p. 129.

(4) Cette forme de lupus vulgaire rentre dans la série de cas pour lesquels É. VIDAL (voy. plus loin, p. 414) propose la dénomination de *lupus scléreux* ; cette dénomination anatomo-pathologique peut être acceptée, mais je ne pense pas que l'on puisse, comme le propose mon savant collègue, en faire une troisième *espèce* de lupus ; ce ne peut être qu'une forme de la première espèce du *genre* lupus, lequel n'en comporte que deux : le *lupus de* WILLAN et le *lupus de* CAZENAVE; quant aux « formes » que comprendrait ce troisième genre : *lupus verruqueux*, *lupus corné*, *lupus papillomateux*, etc., ce ne sont que des variétés de la forme dite *lupus scléreux*.

Digitized by Google

l'aide du thermocautère par mon savant collègue GUIBOUT (1). C'est leur examen qui m'a décidé à appliquer, même à la face, le thermocautère que la crainte de produire des cicatrices vicieuses m'avait, jusqu'alors, empêché de mettre en usage dans cette région. La première application que j'ai faite du thermocautère au lupus, dans des conditions en apparence très défavorables, fut si heureuse dans ses résultats, si simple dans son manuel et dans le processus régressif, que je n'hésitai pas à soumettre immédiatement à ce nouveau procédé de traitement les très nombreux cas de lupus que j'ai, en permanence, à traiter dans mon service ou à ma polyclinique (2).

(1) Les masses principales de la néoplasie furent d'abord détruites avec le thermocautère dans une première séance par PÉAN, puis, dans l'espace de trois mois, GUIBOUT pratiqua un grand nombre de cautérisations ponctuées pour atteindre ce qui ne l'avait pas été dans la première opération. La pièce du musée représente la malade avant le traitement et après la guérison. GUIBOUT a employé le même traitement et avec le même succès dans trois ou quatre autres cas de la même forme, mais moins prononcés et moins considérables; il traite les formes ordinaires par la pommade au biiodure ou par les scarifications. Dans tous, il recourt à une médication interne, en même temps. (*Communication écrite.*)

(2) A la fin de 1882, mon savant maître et collègue, NOEL GUENEAU DE MUSSY, m'adressa un malade adulte, atteint au bras gauche d'un lupus vulgaire datant de l'enfance, occupant la plus grande partie des faces antérieure et latérale, d'une épaisseur considérable, avec une nappe fibreuse centrale correspondant à une cautérisation à la pâte de Vienne faite, autrefois, par un chirurgien éminent de Paris. L'étendue considérable en surface et en épaisseur de ce lupus constituait une difficulté matérielle importante à son traitement par la rugination ou par les scarifications : que l'on eût employé l'un ou l'autre de ces deux procédés, ou l'un et l'autre, il eût fallu beaucoup de temps, et un nombre considérable de séances ; de plus, ces mêmes conditions rendaient extrêmement probable l'auto-inoculation tuberculeuse. L'extirpation de la lésion était absolument impraticable, et sa cautérisation en masse eût constitué une opération chirurgicale que personne, je pense, n'eût entreprise. Tout cela me décida à soumettre le patient aux cautérisations à l'aide du thermocautère, en fragmentant l'action et en rendant le traitement conciliable avec la vie active. Les premières séances consistèrent à tatouer exactement à l'aide d'un thermocautère courbe, et assez aigu, toute la périphérie de la lésion; cela fut fait sans anesthésie locale ni générale; pendant la journée, pansement ouaté simple, pendant la nuit, cataplasme de fécule de pommes de terre; aucune réaction, élimination rapide des escarres, suintement, impétiginiforme abondant; même pratique dans les séances ultérieures pour les parties centrales, mais avec des cautères cylindroconiques plus volumineux ; puis aussitôt que la surface fut aplanie, les ponctions furent remplacées par des scarifications losangiques ou linéaires faites avec le couteau ordinaire du thermocautère. Après une douzaine de séances, espacées de quinze jours en quinze jours ordinairement, il était impossible de trouver trace de la lésion lupique proprement dite; le bras avait repris sa dimension ordinaire, et le siège de la lésion était occupé par une cicatrice fine, souple, lisse; il est bien entendu que cette surface était encore rouge, et que l'épiderme s'y exfoliait encore légèrement par places. Abstraction faite du résultat ultérieur définitif, le résultat immédiat est des plus remarquables. Destruction fragmentée et successive d'un lupus énorme, sans que le malade ait été retenu un seul jour à la chambre ni au lit, sans anesthésie d'aucune espèce, sans perte de sang, etc., et démonstration de ce fait très important, la possibilité de détruire complètement un lupus par le cautère sans avoir de cicatrice inférieure aux plus belles cicatrices obtenues par le raclage ou par la dilacération.

Digitized by Google

VI.

De l'exposé qui précède, je crois pouvoir conclure que, dans l'état actuel de nos connaissances sur le lupus, la destruction de la lésion à l'aide de la cautérisation ignée constitue le traitement que l'on doit préférer, car, en même temps qu'il permet de réparer aussi rapidement que possible la lésion, il réalise la prophylaxie la plus assurée contre l'infection générale éventuelle. La cautérisation interstitielle, fragmentée autant que cela est nécessaire, pratiquée à l'aide d'instruments appropriés (thermocautère, galvanocautère), permet de procurer la guérison sans retenir les malades, sans les hospitaliser ; elle est applicable sur toutes les régions, même à la face ; et, sur les muqueuses de la cavité buccale, pharyngienne, elle constitue le mode de guérison par excellence (1). Son emploi, même pour les lésions les plus étendues, ne nécessite pas l'anesthésie générale qui doit être réservée pour des circonstances particulières que je considère, pour ma part, comme tout exceptionnelles.

Il nous reste maintenant à exposer sommairement le traitement du lupus, tel que nous le pratiquons :

I. *Instruments.* — Le thermocautère, qui est aujourd'hui entre les mains de tous les praticiens, peut remplir toutes les indications du traitement du lupus à l'aide des cautères cylindroconiques plus ou moins fins, ainsi que des couteaux ordinaires déjà en usage ; le volume des cautères sera approprié à l'importance et au siège des lésions ; leur emploi est toujours facilité par la courbure de la pièce ignée qui doit être, pour les couteaux à scarification, latérale.

Le galvanocautère peut remplir toutes les indications auxquelles sert le thermocautère dans le traitement du lupus ; il permet, en outre, de varier beaucoup plus aisément les cautères comme forme, comme disposition et comme surface. Les cautères en aiguille droite ou courbe, de toutes formes et de toutes dimensions, sont très faciles à fabriquer, le fil de platine se prêtant aisément, même entre les mains du chirurgien, à toutes les modifications réclamées par le cas particulier. De plus, il

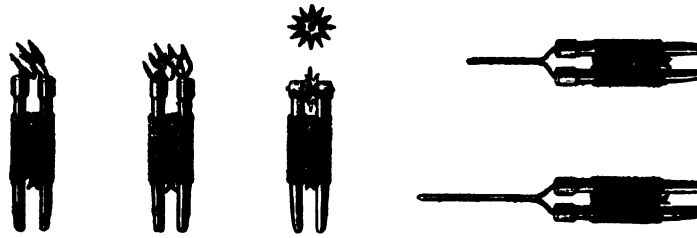
(1) J'ai déjà dit que l'on pouvait obtenir, avec le thermocautère ou l'électrocautère, de belles cicatrices ; en admettant que quelques-unes puissent ultérieurement (car il ne faut pas se hâter de juger, ces cicatrices se régularisant spontanément avec le temps), laisser à désirer, on se souviendra du procédé employé par Fabrice d'Aquapendente pour régulariser les cicatrices vicieuses : « ... Il faut premièrement scarifier *dru* et *menu* ladite cicatrice *sans profonder par trop ;* puis mettre pardessus un topique sarcotique en forme d'onguent, à seule fin de ramollir la partie... » (Œuvres chirurg. Trad. franç., Lyon, 1643. Livre second, traitant des Plaies, chap. IX, p. 305 et suiv. *Le moyen d'oster les cicatrices.*)

Digitized by Google

est possible, ce qu'on ne peut réaliser avec le thermocautère, de disposer des couteaux à plusieurs lames associées (galvano-scarificateurs), des cautères en aiguille à pointes multiples, de deux à dix, qui permettent d'agir vite, et simplifient singulièrement l'opération pour le patient aussi bien que pour l'opérateur.

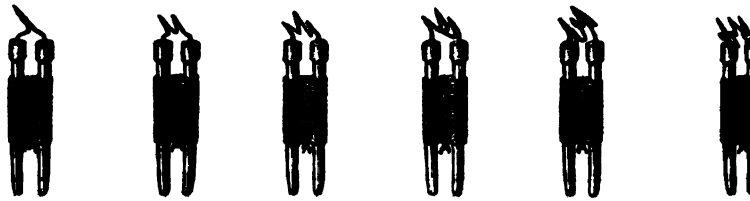
Voici les principaux types des armatures galvanocaustiques que j'ai employées, et qui ont été, à ma demande, construites par MATHIEU.

1° *Aiguilles simples et multiples.* — La partie droite de la figure montre les aiguilles simples; on les courbe à volonté dans toutes les directions; de plus, il suffit d'écarter l'un de l'autre les fils de platine pour augmenter le diamètre du cautère; enfin, malgré leur exiguïté apparente, on peut, en laissant l'aiguille dans les tissus et en exerçant un mouvement de circumduction, étendre, autant que cela est nécessaire, le rayon d'activité caustique.



Pour rendre plus rapides les séances de cautérisation et leur donner, au besoin, dans l'application une régularité mathématique, on fait disposer des armatures à pointes multiples, dont le nombre peut être accru, et la forme modifiée au gré de l'opérateur et selon les besoins du cas particulier.

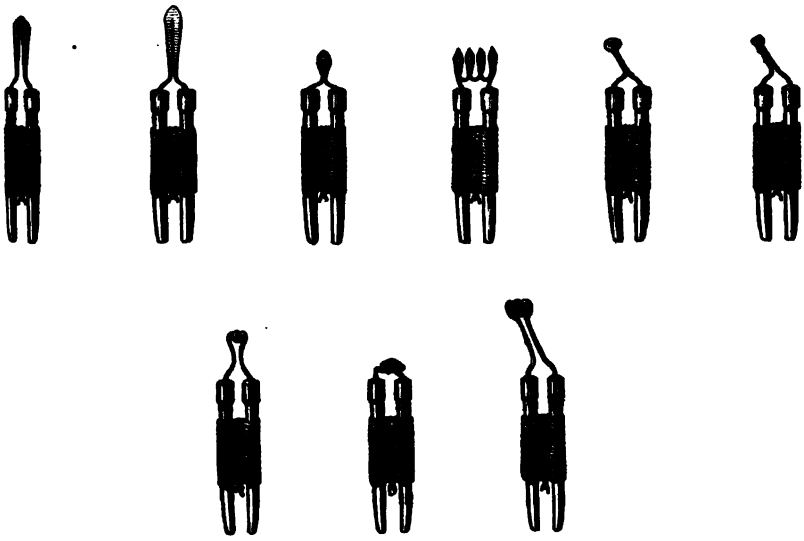
La partie gauche de la figure précédente et la figure suivante repré-



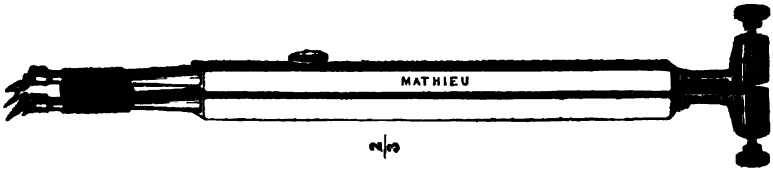
sentent des types d'armatures à pointes caustiques multiples dont je me sers habituellement.

Digitized by Google

3° *Couteaux galvaniques, scarificateur et boutons galvanocaustiques.* — Les figures suivantes montrent 1° les couteaux galvaniques ; leurs bords doivent être absolument mousses pour ne donner lieu à aucun écoulement sanguin. Ils peuvent être courbés à volonté au moment de l'opération ; 2° le scarificateur galvanique à quatre lames, très utile ; courbé sur ses tiges de support, il constitue un instrument d'usage quotidien. 3° Les boutons galvanocaustiques dont on peut varier la forme, la disposition, la courbure, etc. servent à faire des cautérisations plus étendues en surface, à pratiquer la destruction interstitielle des masses volumineuses. Ces cautères trouvent, en outre, leur application particulière sur le lupus des gencives, de la voûte palatine et du voile du palais, du pharynx.



4° *Manche du galvanocautère.* — J'aurai fourni tous les détails



Digitized by Google

nécessaires pour donner une idée de cet outillage nouveau, très simple et très peu encombrant, on le voit, en produisant maintenant le dessin du support des armatures (1).

II. *Procédé opératoire.* — Toutes les fois où le lupus a son siège à la face, et c'est là le plus ordinaire, on le sait, le malade doit être étendu horizontalement (2), la région à cautériser bien éclairée, et la tête fixée par un aide, quand on ne peut compter sur l'immobilité du patient; très souvent on peut se contenter d'appuyer la main gauche sur la face, le point à traiter étant placé entre le pouce d'une part, et les autres doigts réunis de l'autre, ce qui permet, en même temps, de tendre convenablement la peau. Quand le lupus a son siège sur les membres, il est le plus ordinairement préférable d'adopter aussi pour le patient la position horizontale, mais on peut, beaucoup plus aisément que pour la face, admettre que le malade soit assis en face de l'opérateur.

Que les cautérisations soient faites avec le thermocautère ou avec l'électrocautère, il est essentiel que la pièce de platine ne soit portée qu'au rouge sombre, et jamais au rouge blanc, cela pour deux raisons: la première afin d'éviter que l'opération ne devienne sanglante (3), la seconde pour que l'opérateur conserve la vision distincte des parties à cautériser, ce qui n'arrive pas dès que le cautère est porté au blanc et rayonne avec intensité.

Lorsque le lupus est peu étendu, tel qu'on l'observe souvent chez les très jeunes sujets, ou même à un âge plus avancé, dans le lupus vulgaire du centre de la joue, ou dans les disques isolés de lupus érythémateux, on pratique avec une pointe fine de platine rougie (électrocautère ou thermocautère) une série de ponctuations séparées l'une de l'autre d'un millimètre environ, de manière à tatouer littéralement la petite plaque; avec l'électrocautère en forme de fourche, de grille à plusieurs pointes, la même opération peut être exécutée plus rapidement encore. Au niveau des parties lupiques, dans le lupus de Willan surtout, la

(1) La source d'électricité peut varier au gré de l'opérateur ; je me suis servi presque constamment d'une pile au bichromate de potasse, avec contact en platine; les degrés d'action sont réglés par un ressort qu'un aide abaisse ou élève à la demande de l'opérateur.

(2) J'ai toujours agi ainsi pour les scarifications, et l'on a reconnu généralement que cette pratique était la meilleure; il est incomparablement plus facile d'immobiliser la tête sur un lit que dans la position assise; il est aisé de comprendre que ce bénéfice est encore plus nécessaire pour l'application de l'ignipuncture, et pour la localisation précise de l'action destructive aux points malades.

(3) Cette précaution est surtout essentielle dans les premières séances, quand on attaque des surfaces fongueuses, très vasculaires, ou encore quand les sujets s'agitent, font des efforts, ou crient comme les tout jeunes enfants, et congestionnent vivement la peau ; il faut, alors, surveiller attentivement la nuance de la pièce ignée, et aller avec plus de lenteur.

Digitized by Google

pénétration des cautères est extrêmement facile, et la main sent parfaitement le moment où la résistance du tissu sain se produit. Dans tous les cas, la pénétration doit dépasser, de un à deux millimètres, les dernières limites appréciables du néoplasme, et porter, par conséquent, sur les tissus sains dans toute la périphérie ; une ponction suffit le plus habituellement pour limiter la lésion.

Le même procédé opératoire, à l'aide de la pointe unique, s'applique très heureusement à la destruction de ces nombreux foyers de lupus repullulant qui semblent défier tous les efforts de la scarification comme si des réinoculations se faisaient à chaque séance de dilacération. On les aperçoit également à travers les mailles du réseau cicatriciel dans la plupart des cas de lupus traités par tous les procédés sans exception qui n'entraînent pas la destruction directe et entière du néoplasme (1). Lorsque ces foyers sont de petite dimension, la pointe de platine rougie suffit pour les détruire en une seule ponction ; si leur largeur est un peu plus grande, on laisse le cautère en place un instant en exerçant un léger mouvement de circumduction ; si le lac lupique est plus considérable, on peut, ou prendre un cautère plus volumineux, ou faire autant de ponctions ignées que cela est nécessaire pour le détruire.

Quand il s'agit de vastes surfaces lupiques, telles que celles qui occupent toute la face et qui sont presque toujours en même temps partiellement ou généralement hypertrophiques, fibreuses (scléreuses), les ponctions profondes avec les grilles électrocaustiques, les scarifications linéaires faites avec le couteau fin du thermocautère, ou avec le couteau galvanocaustique à deux, trois ou quatre lames parallèles, ou simplement les ponctions multipliées avec le cautère cylindroconique fin au moyen de l'appareil de Paquelin, permettent d'arriver au but en un temps relativement rapide ; les cautérisations peuvent être faites par lots restreints, mesurées selon la tolérance particulière du malade, et renouvelées plus ou moins fréquemment sur les parties voisines, quotidiennement si l'on veut, et plus habituellement à quelques jours d'intervalle.

Il est inutile de dire que les applications doivent se conformer aux conditions topographiques particulières des régions lupiques ; sur les paupières, les pointes les plus fines, menées avec ménagement, de même sur la conjonctive ; sur les muqueuses buccale, palatine, pharyngée, la galvanocaustique trouve une application merveilleuse de simplicité, et d'innocuité, voire même de remarquable insensibilité (2) ; sur ces derniers

(1) Pour bien voir ces foyers, il faut augmenter la transparence de la couche cornée en tendant la peau, et en humectant l'épiderme avec un liquide quelconque, particulièrement avec de l'huile, ou avec un corps gras, glycérine, vaseline, etc.

(2) Il y a déjà longtemps que les médecins voués à la thérapeutique des maladies du pharynx ont fait ces applications de la galvanocaustique ; elles peuvent être étendues avec avantage à un bon nombre de lésions de la langue et de la bouche.

Digitized by Google

points, la supériorité de la cautérisation sur les scarifications est absolue, car elle supprime une des plus grandes difficultés des opérations dans les cavités muqueuses, l'écoulement sanguin.

Dans le traitement du lupus qui a son siège au niveau des fosses narines et des ailes du nez, les pointes électrocaustiques fines sont particulièrement applicables dans les premières séances, uniques, ou associées; dans les suivantes, de fines scarifications avec deux ou trois lames de platine associées permettent de préparer une cicatrice lisse et régulière. Avec les instruments composés de lames ou de pointes associées, l'application doit être un peu plus lente et plus forte; le plus habituellement, une main moyennement exercée cautérise plutôt trop peu que trop; mais les séances devant être renouvelées, il est préférable, si l'on n'est pas bien sûr de soi, de rester en deçà que d'aller au delà du nécessaire.

Quant au lupus vulgaire des membres dans toutes ses formes, il se prête à l'anesthésie locale (1), peut être traité avec grande activité, et mené rapidement à guérison; les pointes caustiques moyennes ou fortes, les scarifications avec le thermocautère ou avec les scarificateurs galvaniques à plusieurs lames peuvent être appliquées sans difficulté; — d'une manière générale, les cautérisations interstitielles avec les pointes doivent d'abord tatouer la surface malade; les scarifications viennent dans la séance suivante ou dans les séances suivantes, puis les dernières sont occupées, de nouveau avec les pointes, à attaquer toutes les parties non détruites ou suspectes.

Dans tous les points, la profondeur à laquelle on doit faire pénétrer les cautères varie selon l'épaisseur du néoplasme, son siège et l'épaisseur de la peau; la main apprend vite à mesurer la pénétration à la résistance éprouvée; sauf à la face ou au voisinage des articulations ou des tendons superficiels; on fait invariablement la cautérisation plutôt trop superficielle que trop profonde, et l'on ne doit pas oublier que la cautérisation d'un lupus n'a rien de commun avec l'application des pointes de feu superficielles dont on fait aujourd'hui un usage qui avoisine l'abus; les ponctuations ignées du lupus sont beaucoup plus profondes, et souvent beaucoup plus fines; elles se font toujours beaucoup

(1) Je ne saurais recommander avec trop d'insistance de prendre les plus minutieuses précautions quand on applique la cautérisation après l'anesthésie locale; dans la précipitation que l'on met à utiliser l'anesthésie produite, on peut ne pas songer à laisser évaporer l'éther répandu, ou imprégnant les linges ou les vêtements, et produire, ainsi que cela a été malheureusement observé, des brûlures graves. Je ne néglige jamais de surveiller moi-même cette partie du manuel, de ventiler la surface, de faire éloigner toutes les pièces de linge que l'éther a pu atteindre, et de faire emporter l'appareil pulvérisateur, avant d'appliquer la cautérisation.

Digitized by Google

plus lentement, il faut *éteindre* la pointe ignée dans le tissu pathologique.

III. — *Phénomènes cliniques.— Soins consécutifs.* —La douleur produite par les applications du thermocautère ou des électrocautères au traitement du lupus est très variable selon les sujets, et dépend surtout de leur nervosité ; la première vue des armatures en ignition et la première ponction, seules, impressionnent réellement les patients. Avec un peu d'artifice pratique, il est assez aisé de dissimuler l'ignition des tiges de platine, surtout quand on se sert des électrocautères à manche garni d'un verrou de contact. Mais la douleur cesse aussitôt l'application, et celle-ci étant, en réalité, fort courte (bien plus courte que la séance de scarification), on ne rencontre véritablement, de ce chef, aucune difficulté ; dans mes séances de cautérisation qui durent, en moyenne, une heure et demie, et dans lesquelles un grand nombre de sujets se succèdent sur la table-lit, il est tout à fait exceptionnel, je le repète, qu'il surgisse, de ce chef, quelque difficulté réelle, et, du consentement des patients, il est encore plus exceptionnel que je pratique l'anesthésie locale, la presque totalité des sujets étant atteints à la face. Bien que j'aie exécuté des cautérisations délicates, ou considérables eu égard à l'étendue des lésions, je n'ai jamais, pour cet objet, eu recours à l'anesthésie générale.

Le pansement immédiat est des plus simples; le plus ordinairement, l'opération a été faite « à blanc »; aucun écoulement de sang ni de liquide; les eschares sont sèches et les malades (presque tous non hospitalisés) retournent immédiatement chez eux en toute saison, sans aucun pansement ou avec un peu de poudre d'amidon, ou un simple bandeau. Si le lupus traité est ulcéreux, ou sécrétant à la suite des cautérisations précédentes, ou encore, si on n'a pas pu, ou su, éviter quelque écoulement sanguin, on applique pendant quelques instants une petite éponge fine ou une compresse imbibeé d'eau, puis les parties sont recouvertes d'un morceau d'emplâtre souple de Vigo, ou de tout autre pansement à volonté, et les malades peuvent, comme les autres, rentrer à leur domicile. Durant les jours suivants, ou bien aucun pansement n'est appliqué, ou un simple morceau d'emplâtre de Vigo ; si il y a de la sécrétion, du gonflement, des croûtes eczématiques, le pansement se fait, le plus ordinairement de nuit seulement, avec la tarlatane imbibée d'eau amidonnée et boriquée, ou avec des cataplasmes de fécule, tarlatane ou cataplasme recouverts d'un peu d'ouate et de toile fine imperméable.

Dans les jours qui suivent les cautérisations, les eschares, pour les cas les plus simples, sont sèches, exactement limitées aux points d'application ; il ne survient aucune irritation appréciable, et au bout de huit jours l'application d'emplâtre de Vigo, d'un cataplasme, ou le curage

Digitized by Google

avec une spatule à pointe mousse suffisent pour avulser les eschares. On trouve à leur place de petites dépressions à fond rouge, le plus ordinairement sec ; si un bourgeonnement épithélial y apparaît, il est touché avec la pointe aiguë d'un crayon de nitrate d'argent. Pour le lupus vulgaire maculeux, et pour le lupus érythémateux, l'escharification est à peu près invariablement sèche.

Quand on a cautérisé énergiquement des surfaces lupiques bourgeonnantes, fibro-vasculaires, tuméfiées, ulcérées, l'eschare ne reste pas sèche, et la surface de cautérisation se recouvre rapidement, en partie ou en totalité, de ces croûtes jaunes, adhérentes, eczématiques ou impétigineuses, plates, repullulant sans cesse, et que connaissent bien tous ceux qui ont traité le lupus par un procédé quelconque. On peut, à la rigueur, dans quelques-uns de ces cas, laisser les surfaces cautérisées sans pansement; mais il est préférable, durant les premières nuits, de les recouvrir de tarlatane amidonnée, ou de cataplasmes de fécule, et, pendant le jour, d'un pansement simple ; aussitôt qu'une surface bourgeonnante apparaît, elle est aisément réprimée et dirigée par quelques attouchements au crayon de nitrate d'argent. Dans les cas où la cicatrisation languit, le meilleur moyen de l'activer est de faire des pulvérisations ou de simples badigeonnages d'éther iodoformé qui constituent un excellent pansement diurne; en outre, à l'hôpital, la plupart de nos malades font, chaque jour, une ou deux pulvérisations de vapeur tiède d'eau simple à l'aide des appareils Siègle.

Le nombre et la répétition des applications caustiques ne sauraient être fixés d'avance ; je puis assurer seulement qu'il faut beaucoup moins de cautérisations que de scarifications pour arriver au but ; je les renouvelle, d'ordinaire, une fois par semaine, et je les interromps quand la surface malade ne présente plus aucun foyer lupique, aucune partie suspecte.

J'ai déjà, d'après les faits de Guibout et d'après ma propre observation établi que l'on pouvait obtenir avec les cautérisations interstitielles et fragmentées, convenablement dirigées, des cicatrices remarquablement lisses, souples, telles assurément qu'il ne me semblait pas possible, *a priori*, de les réaliser. Il faut savoir, cependant, que ces cicatrices ne peuvent et ne doivent pas être jugées pendant la durée même de la cure proprement dite ; il faut que celle-ci soit déjà assez avancée, et que quelques semaines, ou quelques mois se soient écoulés, pour qu'elles aient perdu l'empreinte des points ou des lames caustiques, et que le niveau épithélial se soit rétabli. J'ai passé, moi-même, par les doutes et les hésitations pendant les premières semaines de la cure du premier malade dont j'ai rapporté l'observation plus haut, et chez qui le résultat obtenu a dépassé complètement mes espérances, lorsque quelques mois ont été écoulés.

Digitized by Google

Il me resterait encore beaucoup à ajouter aux lignes précédentes ; mais je suis obligé de me rappeler les limites qui me sont imposées, et que j'ai déjà dépassées, et je termine en répétant que, d'après mes observations actuelles, la cautérisation interstitielle, fragmentée et successive, faite dans les conditions que j'ai précisées, à l'aide des instruments que j'ai décrits, s'applique à toutes les espèces, formes et variétés du genre lupus, non seulement comme le plus sûr moyen de guérison de cette affection, mais encore comme le plus rapide et le plus inoffensif de tous ceux que l'on peut appliquer aux tuberculoses locales.

Digitized by Google

II

DU LUPUS SCLÉREUX,

Par M. le Dr E. VIDAL, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Les formes cliniques si nombreuses du lupus peuvent être ramenées à trois types principaux : 1° Le *lupus érythémateux* qu'un certain nombre d'auteurs, dont je ne partage pas l'opinion sur ce point, considèrent comme une affection tout à fait à part; 2° *le lupus tuberculeux* ou *lupus vulgaris ;* 3° *le lupus scléreux*, variété qui me semble n'avoir pas encore été suffisamment décrite, et sur laquelle je crois utile d'appeler de nouveau l'attention des dermatologistes.

Synonymie. Le lupus scléreux a été déjà vu et étudié. Dans ses leçons (1860, page 142) sur les maladies de la peau, le professeur Hardy l'a mentionné sous le nom de *scrofulide verruqueuse;* il l'a placé à côté de sa scrofulide tuberculeuse qui est le *lupus vulgaris*. Mac Call Anderson (*Lecture XVI on clinical Medicine,* p. 220-224, 1877) en a donné une bonne description sous le nom de *lupus verrucosus* ou *scrofuloderma verrucosum*. C'est le *lupus papillaire verruqueux* de Kaposi dont le *lupus corné* de Lang est une sous-variété.

J'ai adopté la dénomination de *lupus scléreux* à cause de la consistance toute particulière du tissu morbide et en raison de ses caractères histologiques : considéré à ce dernier point de vue c'est en effet une véritable lésion scléreuse.

Symptomes. Le lupus scléreux peut s'observer d'emblée avec tous ses caractères essentiels ; c'est la forme primitive de l'affection. Mais il est plus fréquent de voir un lupus primitivement tuberculeux s'indurer, végéter, devenir papillomateux; c'est la forme secondaire du lupus scléreux. Or ces deux formes, primitive et secondaire, doivent être intimement rattachées l'une à l'autre ; elles ne sont qu'une seule et même lésion. Ce qui le prouve, c'est qu'elles peuvent se développer simultanément chez le même individu, qui présente parfois, dans ce cas, toutes les phases de transition entre les lésions du lupus tuberculeux et celles du lupus scléreux primitif.

En 1881, j'avais dans mon service, à l'hôpital Saint-Louis, un homme de 45 ans, sur lequel on pouvait étudier tous les degrés de transition

Digitized by Google

entre le type tuberculeux et le type scléreux. La maladie ne datait chez lui que de trois ans. A la partie supérieure de l'avant-bras droit existaient des lésions très nettes de lupus tuberculeux; au niveau du poignet se voyait une plaque en partie criblée de tubercules mous, en partie sclérosée; et, sur le dos de la main, des saillies multiples, papillomateuses, fort développées, de plusieurs millimètres de hauteur, reposant sur un derme induré, et disposées en cercle autour d'une cicatrice, de façon à constituer des plaques de plusieurs centimètres d'étendue. Auprès de ces dernières s'en trouvaient d'autres nettement tuberculeuses et dont les tubercules étaient même en certains points ulcérés et recouverts de croutes. Dans cette région la lésion avait suivi une marche serpigineuse. Sur la joue droite et vers l'angle de l'œil existait une large plaque de lupus tuberculeux dont le centre était complètement transformé en une cicatrice scléreuse. Vers le genou droit se trouvait une plaque de lupus tuberculeux avec quelques ulcérations superficielles recouvertes de croûtes, et sur la face interne du pied droit en arrière et au-dessous de la malléole interne se voyait une plaque arrondie, de trois centimètres de diamètre, verruqueuse, papillomateuse, faisant une saillie de près d'un centimètre au-dessus du derme. Il serait difficile de trouver un exemple plus démonstratif des connexions étroites qui relient entre elles les formes tuberculeuses types, et ces productions assez bizarres que l'on prend soit pour des papillomes, soit pour des épithéliomas papillomateux ou verruqueux. On peut en effet suivre dans ce cas, en quelque sorte pas à pas, la transformation graduelle du lupus tuberculeux en lupus scléreux.

Ainsi que l'a bien démontré Mac Call Anderson, un lupus peut être constitué par des tubercules durs qui se hérissent de productions épidermiques cornées. Ce qui établit d'ailleurs d'une façon absolument irréfutable la nature lupique des lésions auxquelles je donne le nom de lupus scléreux primitif, c'est ce qui se passe quand on leur a fait subir le raclage; pendant que la plaie se répare, la tendance à la récidive de l'affection se manifeste tout d'abord par l'apparition dans la cicatrice de petits tubercules mollasses, d'un jaune rougeâtre transparent, de lupus tuberculeux.

Le lupus scléreux primitif débute sous la forme de taches rougeâtres, qui s'agrandissent et proéminent bientôt en petites saillies tuberculeuses dures, circonscrites, d'un rouge foncé ou même violacé; puis ces plaques s'étendent; les éléments du derme et de l'épiderme subissent une hypertrophie exagérée, et forment des saillies mamelonnées, rugueuses, inégales, hérissées en certains points d'excroissances verruqueuses, papillomateuses, d'apparence cornée, séparées par des sillons et des fissures. Ces fissures peuvent même devenir de véritables ulcérations, fournissant une sérosité purulente. Aussi, quand on presse ces productions morbides entre les doigts, peut-on faire sourdre du pus des parties profondes. Au

Digitized by Google

bout d'un certain temps les points primitivement attaqués tendent vers la régression, de telle sorte qu'il se forme, au centre même des plaques, une cicatrice qui s'étend progressivement vers la périphérie en suivant la production lupique dans sa marche serpigineuse et extensive; ce processus cicatriciel peut quelquefois envahir en un point les bords de la plaque et donner ainsi à la lésion l'apparence d'un fer à cheval; dans les cas exceptionnels de guérison spontanée les saillies verruqueuses et mamelonnées s'affaissent, puis disparaissent; il ne reste qu'une plaque de tissu scléreux au milieu de laquelle on voit parfois, dans un temps plus ou moins éloigné, récidiver des tubercules.

Siège. Le lupus scléreux peut se développer sur divers points du corps; mais toutes les régions n'y sont pas également prédisposées. On le rencontre surtout aux extrémités, aux doigts, aux orteils, aux mains et aux pieds; il est relativement assez fréquent aux avant-bras, aux cuisses et aux fesses; on l'a aussi noté à la face. Dans les 11 cas que j'ai observés, les plaques lupiques siégeaient une fois sur le front, une fois à la paupière supérieure, deux fois sur le nez, une sur le dos de la main, une à la région hypothénar et au poignet, une fois à l'annulaire gauche, une fois à l'index, une fois à la cuisse droite, trois fois à la cuisse gauche, une fois au genou gauche, et trois fois au pied. Il est assez ordinaire d'ailleurs d'en trouver plusieurs plaques chez le même individu.

Marche. La marche du lupus scléreux n'offre rien de particulier : elle est identique à celle du lupus tuberculeux : elle est essentiellement chronique; la lésion se développe lentement, s'étendant par les bords, serpigineuse, guérissant spontanément au centre. Elle ne prend jamais une forme aiguë; elle n'a jamais de tendance à passer à l'état de lupus vorax. Elle dure souvent huit, dix, quinze ans, parfois même, dans quelques cas assez rares, elle persiste jusqu'à la fin de la vie.

Anatomie pathologie. L'anatomie pathologique vient également démontrer que ces productions scléreuses, même lorsqu'elles sont primitives, doivent être rattachées au lupus.

Voici ce que H. Leloir et moi avons constaté dans nos préparations microscopiques.

Une coupe qui n'intéresserait que les couches superficielles de la lésion pourrait induire en erreur, car on n'y trouverait guère que des caractères histologiques analogues à ceux de l'épithélioma; c'est ce qui explique les nombreuses erreurs d'interprétation auxquelles ont pu donner lieu divers cas de lupus scléreux.

Quand on pratique au contraire des coupes intéressant toute la hauteur de l'infiltration, on s'aperçoit qu'il est composé de trois couches :

1° D'une couche superficielle papillomateuse simulant l'épithélioma et constituée par des productions épidermiques exubérantes;

Digitized by Google

2° D'une couche moyenne de tissu scléreux ;

3° D'une couche profonde dans laquelle on retrouve des tubercules de lupus avec tous leurs caractères histologiques.

C'est donc bien là une néoplasie lupeuse mais dans laquelle le nodule lupeux subit une sorte de transformation fibreuse. Sur certaines coupes il est possible de suivre pas à pas ce processus : l'îlot lupeux est envahi par sa périphérie, il est dissocié par des prolongements plus ou moins fins de tissu fibreux, lesquels par leur disposition et leurs rapports avec les cellules embryonnaires, rappellent les fibres de Sharpey de l'ossification. La sclérose augmente peu à peu ; l'îlot ne persiste plus bientôt, à l'état embryonnaire, que vers le centre, puis il finit par disparaître. Souvent les îlots en voie de transformation fibreuse sont réunis les uns aux autres par des masses de tissu fibreux dense dont les prolongements les pénètrent. On voit donc que, dans cette forme, le nodule de lupus se conduit tout à fait comme le tuberculome vrai quand celui-ci devient fibreux. Le lupus scléreux semble n'être qu'un lupus tuberculeux dont les nodules subissent la transformation fibreuse : il est au lupus vulgaire ce que le tuberculome fibreux du poumon est à la tuberculose.

Les vaisseaux des plaques lupeuses présentent également une tendance remarquable à la sclérose de leurs parois.

Telle est la forme type du lupus scléreux. Mais depuis quelque temps déjà, j'en observe une autre variété que j'avais jusqu'ici considérée comme un lupus tuberculeux non exedens, à base indurée, et dans laquelle les tubercules sont superficiels, sous épidermiques; ces nodules lupeux sont pour la plupart très petits, miliaires, d'un rouge assez vif, fort rapprochés les uns des autres; ils reposent sur une couche de tissu fibreux, formant parfois une sorte de gâteau très dur de plusieurs millimètres d'épaisseur et intéressant alors toute la hauteur du derme et même le tissu cellulaire sous-cutané, de telle sorte qu'il est, dans quelques cas, nécessaire de scarifier jusqu'à près de un centimètre de profondeur pour atteindre les limites de la néoplasie.

Il y aurait donc deux formes de lupus scléreux :

1° L'une dans laquelle les îlots et l'infiltration de néoplasie lupeuse étant dans la profondeur, la transformation fibreuse s'étend des parties profondes vers la superficie de la peau où elle vient former les tubercules indurés et papillomateux de la variété primitive ;

2° L'autre dans laquelle la couche la plus extérieure étant formée par les nodules du lupus tuberculeux, la transformation fibreuse suit une marche inverse et s'étend de la superficie vers les couches les plus profondes du derme.

Diagnostic. Les caractères de diagnostic différentiel les plus impor-

Digitized by Google

tants sont la consistance des tubercules et la marche serpigineuse de cette affection.

La *verrue* en diffère en ce qu'elle est habituellement bien isolée et limitée. Elle est hérissée de prolongements qui se divisent et s'épanouissent en forme de brosse; elle n'a pas de cercle violacé périphérique, et elle ne repose pas sur une base indurée comme le lupus scléreux; elle est d'une durée relativement courte, et ne laisse pas de cicatrice quand elle guérit spontanément.

L'épithélioma papillaire, celui qui succède parfois chez les vieillards à une simple verrue irritée, ou qui se développe primitivement, pourrait, si on s'en tenait à un examen superficiel, être la cause de quelques erreurs; mais la production épidermique papillaire se détache facilement dans ce cas, et laisse à nu une surface ulcérée qui tend plutôt à progresser qu'à se cicatriser, qui saigne au moindre attouchement, et dont les bords se renversent au bout d'un certain temps.

L'affection avec laquelle le lupus scléreux peut être le plus facilement confondu, c'est le *tubercule anatomique*. Le siège si spécial, à la face dorsale des doigts du tubercule anatomique qui est presque toujours unique, son étendue d'ordinaire beaucoup moindre que celle d'une plaque de lupus scléreux, sa forme qui n'est point serpigineuse ou centrifuge, et l'absence de cicatrice centrale, permettront le plus souvent de poser le diagnostic. On devra toutefois tenir compte des commémoratifs.

Le tubercule anatomique n'est vraisemblablement que le produit d'inoculation du tuberculome; il se développe sur les mains de ceux qui se piquent en pratiquant l'autopsie de sujets morts de tuberculose; il y a d'abord une inoculation par piqûre anatomique, puis une petite ulcération qui persiste un certain temps, devient peu à peu papillomateuse, ensuite reste stationnaire, ou s'agrandit lentement tout en conservant sur toute son étendue un aspect verruqueux. Ces commémoratifs permettront toujours de reconnaître cette affection qui me paraît être un tuberculome fibreux.

Étiologie. Bien que le lupus scléreux soit moins fréquent que les lupus tuberculeux ou érythémateux, il n'est pas rare de le rencontrer.

Sur mes 185 observations de lupus, je l'ai relevé 11 fois.

C'est presque toujours chez des sujets scrofuleux qu'on l'observe; aussi le professeur Hardy lui avait-il donné le nom de scrofulide verruqueuse, et Mac Call Anderson celui de *scrofuloderma verrucosum*. Il peut débuter à tous les âges; cependant il commence le plus souvent pendant l'enfance ou l'adolescence : sur les 11 cas que j'ai observés, il a débuté 5 fois au-dessous de 10 ans, 2 fois de 10 à 15 ans, 2 fois à 18 ans, 1 fois à 20 ans et 1 fois à 42 ans. Les hommes semblent y être plus prédisposés que les femmes (8 sur 11), ce qui est assez remarquable,

Digitized by Google

puisque l'on sait que toutes les autres formes de lupus sont, au contraire, beaucoup plus fréquentes chez la femme que chez l'homme.

Pronostic. Le lupus scléreux n'est pas une lésion grave, en ce sens qu'elle ne prend jamais, ainsi que je l'ai déjà dit, une marche aiguë, et qu'elle ne se transforme jamais en lupus vorax. Aussi ne laisse-t-elle pas d'ordinaire de cicatrices très difformes; les mutilations ou les déformations graves, que l'on peut observer dans quelques cas aux extrémités, ont été le plus souvent causées par un lupus tuberculeux profondément ulcéré qui a, plus tard, subi la transformation scléreuse. Mais au point de vue de la durée même de la lésion, le pronostic doit être fort réservé, car en l'absence de toute intervention active le lupus scléreux ne tend que fort lentement à la guérison spontanée et peut même persister indéfiniment soit sur place, soit en suivant une marche serpigineuse.

Traitement. Les méthodes thérapeutiques employées contre les autres formes de lupus ont été appliquées au traitement du lupus scléreux : la teinture d'iode, les caustiques, le fer rouge, les pommades vésicantes (Mac Call Anderson) étaient les agents auxquels on accordait autrefois le plus de confiance.

Dans certains cas de lupus scléreux primitif, au début, il est un procédé fort simple qui semble avoir été efficace, ce sont les applications permanentes de sparadrap de Vigo. Le plus souvent on est obligé d'avoir recours à des moyens beaucoup plus énergiques ; le plus employé de tous et le meilleur sans aucun doute c'est le raclage. On se servira pour le pratiquer soit des curettes de Volkmann, de Balmanno-Squire ou de Besnier, soit du nouveau racleur que j'ai fait construire et qui a sur les autres instruments l'avantage de pénétrer dans les tissus morbides avec la plus grande facilité : on peut, de plus, se servir de son extrémité pour énucléer les tubercules isolés et profonds. Il ne faut pas craindre d'aller trop loin en pratiquant cette opération, car la peau saine, grâce à son élasticité, n'est que fort difficilement intéressée par l'instrument. Les cicatrices que donne le raclage dans le lupus scléreux sont tout à fait comparables à celles que mon savant collègue et ami Ernest Besnier obtient par la même méthode qu'il a appliquée le premier à la curation du tubercule anatomique et qu'il pratique pour le traitement des papillomes et des formes scléreuses du lupus ; elles sont souples, lisses, et laissent peu de déformation. A la face j'ai essayé de traiter le lupus scléreux par les scarifications quadrillées, et je suis arrivé à la guérison ; il est incontestable que l'on pourrait employer ce moyen pour tous les lupus scléreux, mais le traitement par cette méthode serait tellement long que l'on doit préférer le raclage, surtout sur le tronc et aux extrémités.

Après avoir abrasé toute la surface lupeuse, on peut la recouvrir d'un

Digitized by Google

pansement de Lister ou simplement de compresses trempées dans de l'eau phéniquée. Quand la cicatrisation commence a être assez avancée, on emploie le sparadrap de Vigo. On voit alors quelquefois, à mesure que la plaie se répare, de petits tubercules mous, jaunâtres, transparents, apparaître de nouveau dans la cicatrice ; c'est un début de récidive, et la néoplasie se montre tout d'abord fort nettement sous la forme tuberculeuse. Si on la laisse de nouveau évoluer, elle prend plus tard la forme scléreuse. Ce mode si particulier de récidive des lupus scléreux est ainsi que je l'ai déjà dit, une démonstration péremptoire des liens étroits qui réunissent cette affection au lupus tuberculeux. Il suffit d'ailleurs d'énucléer les quelques tubercules commençants pour arrêter cette évolution du néoplasme.

Digitized by Google

III

NOTE SUR UN CAS D'HYPERTROPHIE PAPILLIFORME DU CUIR CHEVELU.

Par M. le Dr H. HERVOUET, médecin suppléant des hôpitaux de Nantes.

Observation. — Marie M..., âgée de 27 ans, couturière, habitant la campagne aux environs de Nantes, jeune fille d'une médiocre santé, maigre, pâle, assez anémique, sans antécédents syphilitiques ni autres, m'est envoyée par mon distingué confrère et ami L. Poisson, pour une affection du cuir chevelu d'ancienne date : e début du mal remonte à 11 ans environ, époque à laquelle, dans une chute, la malade se fit une plaie contuse sur le sommet de la tête. C'est après la cicatrisation de cette blessure, me dit-elle que se développa l'affection dont elle est atteinte ; aussi attribue-t-elle celle-ci au traumatisme qui la précéda. L'évolution du mal fut lente et progressive, ne s'arrêta jamais et, en plusieurs années, atteignit les proportions qu'on voit aujourd'hui.

Voici l'aspect du cuir chevelu au moment de mon premier examen (janvier 1882) : à la partie supérieure et postérieure du crâne, sur la région sincipito-occipitale, existe une plaque d'alopécie ayant 5 à 6 centimètres transversalement et à 7 à 8 centimètres dans le sens antéro-postérieur. L'alopécie n'est pas complète, d'ailleurs : les cheveux très clairsemés forment çà et là de petites touffes composées de 3, 4 ou 5 poils chacune, poils hypertrophiés, serrés les uns contre les autres à leur point d'émergence.

Sur la surface alopécique, la peau est épaissie, hypertrophiée et présente un très grand nombre de saillies plus ou moins volumineuses, inégales entre elles, plus ou moins régulières de forme, à peu près coniques, recouvertes d'un épiderme lisse, et se touchant les unes les autres par la base d'implantation. Beaucoup ont la grosseur et à peu près la forme de grains de blé ou d'orge ; d'autres sont plus grosses et, depuis leur insertion, vont en s'élargissant, en s'étalant pour ainsi dire, et s'épanouissent en une sorte de végétation dont le diamètre ne dépasse guère 3 millimètres. Leur direction est généralement oblique. — Elles sont, ai-je dit, extrêmement rapprochées les unes des autres, séparées seulement par des sillons linéaires du fond desquels émergent les faisceaux de cheveux de gros calibre indiqués plus haut. — La hauteur des plus saillantes de ces productions est de 3, 4, 5 millimètres. Beaucoup ont une élévation moindre ; il en est même qui sont comme aplaties et proéminent à peine au-dessus du niveau de la peau. — On en voit qui, au point de départ, semblent former un pédicule unique pour se diviser à leur extrémité libre ; mais il n'est pas facile de dire si l'on a affaire à deux végétations extrêmement rapprochées au voisinage de leur insertion et dont le sommet devient libre.

Le mot *végétation* dont je viens de me servir n'implique nullement une

Digitized by Google

ressemblance quelconque avec ce qu'on appelle communément des végétations, celles, par exemple, qu'on observe si souvent sur le prépuce, sur la vulve, ou sur les cuisses.

Je ne trouve pas, d'ailleurs, parmi les productions dermopathiques vulgaires, un élément, un type qui réalise, dans l'espèce, un terme de comparaison capable de faciliter ma description. — Quand j'aurai dit : hypertrophie papillomateuse du cuir chevelu, j'aurai probablement exprimé la vérité sur la nature de l'affection que j'observe, mais je n'aurai peut-être pas donné une idée précise de l'aspect de la lésion : il ne s'agit pas de ces productions plus ou moins irrégulières, dures et rugueuses à la surface, dépolies, ridées, comme beaucoup de tumeurs décrites sous le nom de papillomes. Il ne s'agit pas non plus de produits cornés. Enfin il n'y a point d'analogie avec le lichen hypertrophique. — La peau, très épaissie, est couverte de saillies dont j'ai essayé plus haut de dire la forme et la disposition : mais chacun de ces éléments n'a pas une autre couleur ni même une autre consistance que le cuir chevelu lui-même; peut-être la teinte en diffère-t-elle d'une légère nuance, et tout au plus trouve-t-on au toucher une élasticité un peu particulière. Mais il semble que l'on reconnaisse à la vue et au doigt les éléments ordinaires de la peau. Que l'on suppose les papilles du derme hypertrophiées, faisant irruption au-dessus du niveau de la peau et recouvertes d'un *épiderme normal et lisse*, et on se rendra un compte à peu près exact d'une lésion qu'un bon moulage pourrait seul reproduire fidèlement.

Mais il n'y a pas de Baretta à Nantes.

La photographie ne reflète qu'imparfaitement l'état des choses. Un photographe de métier ayant complètement échoué, je joins à l'observation une épreuve que je dois au savoir-faire d'un de mes amis dont l'essai réussit à fixer tout un département du territoire affecté.

Sur la plaque principale, dont je viens de tenter la description, se remarquent, vers la région moyenne et postérieure, quelques surfaces saignantes : elles répondent à des excroissances fraîchement excisées à l'aide de ciseaux par des mains étrangères à la thérapeutique régulière. La malade était, en effet, venue à Nantes, non pour consulter un médecin (ce dernier parti étant ordinairement un pis-aller), mais pour se confier à l'expérience de personnes aussi libres que non diplômées, dont la renommée en dermatologie dépasse les bornes du département. Par cette remarque, je n'entends point médire du traitement chirurgical commencé, surtout par ce temps de raclage.

Les limites du mal ne coïncident pas avec les bords de la plaque d'alopécie dont j'ai indiqué les dimensions. Sur une large zone entourant presque de toutes parts la surface la plus malade, surtout latéralement et postérieurement, se retrouve, mais à l'état rudimentaire seulement, la même hypertrophie papilliforme. Cette zone extérieure mesure à peu près 3 à 4 centimètres de large. Elle est constituée par un semis très apparent de petites élevures de la grosseur d'une tête d'épingle ou d'un grain de millet, hémisphériques ou coniques, non papuleuses, serrées les unes contre les autres. Elles sont très rapprochées; cependant des cheveux sains naissent en assez grand nombre de leurs interstices. De sorte que, grâce à l'exiguïté des papilles, il n'y a pas là de véritable alopécie. L'éruption va, d'ailleurs, en s'éteignant, et, au delà de cette zone de 3 à 4 centimètres, on trouve enfin le cuir chevelu uni et normal.

Enfin, en avant de la plaque principale et séparées d'elle par une bande non alopécique, se voient 2 surfaces dépilées, circulaires, presque symétri-

Digitized by Google

quement placées à droite et gauche de la région bregmatique et ayant à peu près chacune l'étendue d'une pièce de 5 francs. La peau n'y est pas parfaitement unie; elle est par places un peu rugueuse et présente des dépressions, surtout vers le centre. Au premier abord, elles rappellent la physionomie de vieilles cicatrices de favus. La malade croit qu'elles ont été le siège au début, d'une éruption analogue à celle qu'on voit en arrière. — Elles sont reliées l'une à l'autre, à leur partie postérieure, par une traînée de papillomes tangente à leur circonférence. Les excroissances se seraient résorbées spontanément, au dire de la malade, ce qui est fort possible.

Sur le conseil d'un de mes maîtres, M. Heurtaux, à qui j'eus l'occasion de montrer un jour cette malade, j'entrepris de détruire ces hypertrophies en les cautérisant avec une solution d'acide chromique. Pour éviter une dermite trop intense que n'aurait pas manqué de provoquer l'acide chromique, je n'attaquai d'abord que des circonscriptions très restreintes du territoire principal. L'application du caustique déterminait une exsudation croûteuse très abondante. Des croûtes très épaisses, noirâtres, assez adhérentes recouvraient une surface suintante et douloureuse. A cette poussée inflammatoire artificielle succédait une cicatrice relativement assez lisse. — Après des séances multipliées de cautérisation, séances qui ne furent pas toujours aussi rapprochées que je l'aurais voulu, la jeune fille n'habitant pas Nantes, la plaque principale fut à peu près détruite en mai-juin. — Le côté gauche était surtout assez réussi. La surface en était suffisamment unie.

29 *juillet*. — La zone extérieure du côté droit est en voie de traitement.

A la partie postérieure de la plaque centrale apparaissent de très petites élevures, menace de récidive.

12 *août*. — Le traitement de la zone latérale n'a pas donné de résultat apparent, ce qui tient vraisemblablement à ce que, la malade ayant laissé les cheveux repousser, le caustique n'a pu atteindre suffisamment le derme. On recommence.

La récidive de l'aire centrale ne s'accentue pas.

5 *septembre*. — Pas de progrès dans le point suspect de récidive.

L'éruption de la zone excentrique n'est point sensiblement modifiée. — Savon noir sur toutes les parties malades (c'est-à-dire principalement les zones extérieures).

12 *septembre*. — Il y a des croûtes sur tous les points traités par le savon.

3 *octobre*. — La malade a fait régulièrement des applications de savon noir par séries de 3 jours avec des intervalles de 3 jours. Les dernières applications n'ont plus donné de croûtes. — Amélioration générale. — Cependant les élevures de la partie supérieure de la zone droite, quoique affaissées, sont encore apparentes.

On continue le traitement.

18 *novembre*. — La malade se déclare guérie depuis 15 jours, époque à laquelle elle a cessé toute application de savon noir. — La peau, au milieu de l'aire principale, est encore assez inégale, elle n'a pas le poli des endroits sains, mais les tumeurs ont disparu; leur guérison paraît certaine. Celles des zones excentriques (non alopéciques) sont aussi détruites. Les cheveux repoussent dans les endroits où il en restait des touffes.

L'intérêt du fait réside, à mon avis, dans la forme toute particulière de

Digitized by Google

la lésion du cuir chevelu. Je ne trouve pas dans les livres une description qui réponde de tout point à l'observation que je rapporte. Celle qui s'en rapproche de plus près est donnée par Kaposi dans son chapitre *Sycosis* de ses leçons sur les maladies de la peau (traduction de Besnier et Doyon, t. II, p. 35.) Il est même probable qu'il s'agit en réalité de la même affection, et cependant, je vais signaler quelques dissemblances. Kaposi donne le nom de *dermatite papillaire du cuir chevelu* à une affection dans laquelle « il se forme des élevures grosses comme une tête d'épingle, d'*abord isolées,* mais qui plus tard deviennent confluentes, puis arrivent à se confondre en plaques ressemblant à des cicatrices, sur lesquelles les cheveux paraissent serrés les uns contre les autres en forme d'aigrettes, tandis que d'autres points semblent complètement dépilés. Sur ces plaques, les cheveux sont atrophiés, ils s'arrachent très difficilement, s'allongent et cassent. *Çà et là on voit quelques petites pustules.* L'affection *débute en général sur la limite du cuir chevelu et de la nuque,* d'où elle remonte sur l'occiput, et parfois sur le sommet du crâne où je l'ai vue circonscrite. Dans la région occipitale, au cuir chevelu, il se forme des végétations papillomateuses hautes de deux à trois centimètres, *fournissant un liquide nauséabond, couvertes de croûtes, saignant facilement* et *qui tombent partiellement par le fait de la production intercurrente d'abcès dans leur épaisseur.* — Ces productions qui sont constituées par des excroissances papillaires extrêmement vasculaires, et qui, sous le rapport anatomo-microscopique, ressemblent tout à fait à des granulations, se rétractent dans l'espace de plusieurs années, en se transformant en tissu cellulaire sclérotique ; il en résulte une atrophie étendue des follicules pileux, et, par conséquent, la calvitie... »

Je souligne les particularités signalées par l'auteur allemand et que je n'ai point rencontrées sur ma malade. Ainsi, autant que permettent d'en juger les zones excentriques dont j'ai indiqué les caractères et où l'on remarquait une extrême confluence d'excroissances minuscules égales entre elles, il ne semble pas possible d'admettre que l'éruption ait débuté par des papilles isolées, mais, au contraire, qu'elle a été constituée d'emblée par l'envahissement d'assez larges surfaces. De plus, il n'y avait point de pustules, et les végétations ne fournissaient point de liquide nauséabond ou autre, elles n'étaient point couvertes de croûtes, n'étaient pas saignantes, si ce n'est dans le point très circonscrit où venait de se produire une intervention pseudo-chirurgicale, et leur épaisseur n'était point le siège d'abcès intercurrents. A cela, on peut, à la vérité, objecter que de tels accidents auraient pu se surajouter par le fait de l'évolution ultérieure; mais je répondrai que le mal évoluait depuis onze ans déjà. J'ajoute qu'il ne siégeait pas à la lisière du cuir chevelu.

Kaposi, dissertant brièvement sur la nature d'une telle affection et

Digitized by Google

cherchant à en faire sommairement l'histoire, l'identifie avec ce qu'Alibert appelait le *pian ruboïde*. Or, je ferai remarquer que le pian ruboïde d'Alibert n'est qu'une variété du frambœsia de Biett et Cazenave, c'est-à-dire une dermopathie tuberculeuse ayant souvent la *forme*, la *couleur* et *quelquefois le volume* de *la framboise*, *tubercules durs* devenant le siège d'une inflammation en général légère, quelquefois ulcérative. On conviendra que l'analogie avec la dermatite papillaire elle-même devient peu distincte, et qu'elle l'est encore moins à l'égard de la lésion dont j'ai essayé plus haut de tracer la physionomie. Kaposi exprime encore l'opinion que la dermatite en question n'est autre que le *sycosis du cuir chevelu* de Rayer, ou le *sycosis frambœsiforme* de Hebra. Eh bien, dans le cas actuel, au moins, il s'agit si peu d'une affection sycosique ou sycosiforme, que je cesse de comprendre le rapprochement.

M. Hardaway, dans *une étude clinique du papillome de la peau* (Analyse in *Annales de dermatologie*, t. II, 1881), distrait d'emblée de sa classification le frambœsia, la verrue, etc., auxquels il refuse la qualité de papillome. Il propose trois variétés de ce produit :

1° Un papillome névropathique, excroissance pigmentée?

2° Un papillome généralisé, idiopathique, très rare.

3° Le *papillome local idiopathique*, qui ne serait rien moins que le pian ruboïde d'Alibert, le sycosis capillitii de Rayer, la *dermatitis papillomatosa capillitii* de Kaposi. L'essence de cette dernière variété serait une inflammation chronique idiopathique du derme, par suite de laquelle se fait une prolifération du tissu conjonctif, avec vaisseaux sanguins et excroissances papillaires. Cette conception, M. Hardaway a dû la trouver presque textuellement dans l'enseignement de Kaposi. Mais elle a le tort peut-être de prétendre à trop de précision, et il est permis de se demander s'il est légitime d'affirmer la présence d'un élément inflammatoire dans un tel processus. Il me paraît au contraire, du moins dans le cas qui fait l'objet de la présente note, que l'inflammation est complètement étrangère à l'évolution morbide. Que, s'il en était autrement, il n'y aurait pas de raison pour refuser un rôle prédominant à la phlegmasie dans tous les processus hypertrophiques.

MM. Besnier et Doyon placent à côté de la dermatite papillaire de l'auteur allemand une lésion appelée *acné kéloïdienne*, et qu'eux dénomment *sycosis papillomateux et kéloïdien de la nuque*, en raison de la localisation probable dans le follicule pilaire, débutant à la lisière même du cuir chevelu par des papulo-pustules péripilaires, se continuant par une induration intra-dermique persistante et se terminant par des cicatrices kéloïdiennes. « Malgré plusieurs séries de recherches, ajoute M. Besnier, nous ne sommes pas parvenus à la détermination de la nature exacte de cette affection. » J'ai vu au musée de l'hôpital Saint-Louis des moules du

Digitized by Google

sycosis kéloïdien de la nuque et je puis affirmer que, sauf l'épaisseur hypertrophique du derme, la lésion n'avait ni la forme, ni l'aspect, ni le siège de celle de ma malade. Il n'est donc pas possible de ranger celle-ci sous la même étiquette, étant donnée surtout la nature sycosique de la dermopathie signalée par M. Besnier.

Pour conclure, je rapproche l'affection présentée dans mon observation de celle dite par Kaposi *dermatite papillaire*. Mais, pour en marquer les différences et pour ne rien préjuger sur sa nature intime ni sur sa pathogénie, je retranche le mot *dermatite*, dont la désinence est trop inflammatoire, et je propose de l'appeler *hypertrophie papilliforme du cuir chevelu*.

Digitized by Google

IV

DE QUELQUES FORMES CLINIQUES DE LA BLENNORRHAGIE LOCALISÉE CHEZ LA FEMME,

Par M. **Paul HAMONIC**, interne des hôpitaux.

(Travail du service de M. le Dr **Martineau.**)

On connaît depuis longtemps les localisations de la blennorrhagie chronique à l'utérus, au vagin, au rectum. On a moins étudié les localisations vulvaires de cette phlegmasie.

Je me propose ici d'esquisser la description de quelques formes cliniques de vulvité blennorragique localisée, dont j'ai pu observer de nombreux exemples l'année dernière à l'hôpital de Lourcine, dans le service de mon excellent maître, M. le Dr Martineau.

D'une façon générale l'inflammation blennorrhagique a une tendance très grande, lorsqu'elle passe à l'état chronique, à se retirer dans les glandes de la vulve. *Elle y élit domicile*, prête à en sortir et à envahir de nouveau les organes génitaux externes, si une cause quelconque d'irritation vient la réveiller.

Dès maintenant nous pouvons dire que si l'inflammation blennorrhagique occupe seulement une des glandules de la vulve, la femme, tout en paraissant guérie, est sujette à une rechute qu'amènera toute irritation locale. Tant que la blennorrhagie sommeille à l'état latent dans les glandes, la contagiosité peut sommeiller aussi. Mais celle-ci se reveillera sûrement s'il survient une poussée inflammatoire.

1° *La blennorrhagie peut se retirer dans les glandes de Bartholin.*

La bartholinite blennorrhagique aiguë est très bien décrite. Je n'en parlerai pas. J'étudierai la forme chronique qui survient d'emblée, ou qui est la conséquence tardive de la forme aiguë.

Lorsque le corps de la glande est enflammé chroniquement, on observe les caractères cliniques suivants :

Petite tumeur, dure, rénitente, mobile, peu douloureuse, correspondant au siège anatomique de la glande de Bartholin. Souvent un seul de ces organes est malade. Si les deux sont atteints, ils le sont à des degrés différents.

La pression de cette petite tumeur fait sourdre une gouttelette de pus séreux, blanchâtre, qui paraît au niveau de l'orifice du canal excréteur.

La durée est essentiellement chronique. La malade est contagieuse, l'agent de la contamination résidant dans la sécrétion purulente, spécifique, de la glande enflammée. On comprend que la contagion se produira d'autant plus facilement qu'un plus grand nombre de circonstances concourront à activer la sécrétion puriforme et à la faire pénétrer dans le canal de l'urètre.

Digitized by Google

La blennorrhagie peut n'occuper que le conduit excréteur de la glande de Bartholin.

Voici les caractères de cette localisation :

Au niveau de l'orifice excréteur de la glande on voit une petite plaque circulaire très rouge, au centre de laquelle s'ouvre le conduit. Celui-ci peut être dilaté et infundibuliforme. Il devient facile alors d'y introduire un petit stylet.

Souvent la zone de rougeur qui l'entoure est exulcérée. Dans ces circonstances, elle constitue une porte d'entrée largement ouverte aux virus chancreux ou syphilitique. Plusieurs fois il m'a été donné d'observer des chancres infectants ou simples siégeant à ce niveau, et dans ces cas la malade était atteinte de vulvité blennorrhagique.

Si on explore le corps de la glande par le toucher, on ne sent aucune induration, et la pression n'en fait point sourdre du pus.

La durée est très longue, et la guérison spontanée très rare.

Tant que tout reste en l'état la malade n'est pas contagieuse.

Mais la phlegmasie a une tendance des plus marquées à gagner le corps de la glande, à l'occasion d'une irritation quelconque.

Dès lors on a une forme mixte. A la rougeur locale de l'orifice du conduit se joint une induration du corps de la glande. La malade devient contagieuse. Mais tous les jours la clinique montre des cas dans lesquels l'inflammation ne franchit à aucun moment les conduits excréteurs. Si une irritation locale et intense s'exerce sur la vulve dans de telles circonstances (surtout excès de coït... coït difficile), on peut voir survenir une complication de *péribartholinite suppurée.*

Il nous a paru qu'ici, comme pour la périadénite et la périamygdalite suppurées, c'était surtout le tissu cellulaire périglandulaire qui était le siège de l'inflammation phlegmoneuse. L'inflammation chronique des culs-de-sacs de la glande joue le rôle de cause prédisposante.

Ce qui semble le prouver, c'est l'évolution très rapide de cette complication phlegmasique, jointe à ses caractères cliniques.

En effet, la petite tumeur glandulaire, qui était dure, limitée, mobile, peu douloureuse, devient tout à coup empatée, diffuse, adhérente.

Dans plusieurs cas une hypersécrétion considérable a marqué le début de la péribartholinite. Le liquide sécrété présente les propriétés que nous avons déjà mentionnées.

Il y a de la fièvre, des frissons, un état gastrique. La douleur est des plus intenses. Elle devient lancinante. La vulve s'œdématie fortement. Cet œdème est habituellement unilatéral. Le quatrième jour, rarement avant, le pus s'ouvre au niveau de la face interne de la petite lèvre.

Ce pus est jaune, épais, bien lié, phlegmoneux, abondant. Il diffère tout à fait du pus blanchâtre, séreux, de mauvaise nature, qui s'écoule du conduit excréteur par la pression du corps de la glande.

Étant donnés l'aspect bien différent de ces deux variétés de pus, et leur mode de formation, rapide et aiguë d'un côté, chronique et persistante de l'autre, nous pensons que la virulence n'appartient qu'à celui excrété par la glande et provenant de ses culs-de-sac.

Le pus périglandulaire semble dénué de propriétés spécifiques. Il serait intéressant de résoudre cette question par l'expérimentation directe.

Une fois l'abcès vidé, la glande reprend son aspect et redevient accessible

Digitized by Google

au toucher, alors qu'elle avait été enfouie pour ainsi dire au milieu de la phlegmasie périphérique.

En résumé, la *bartholinite* diffère de la *péribartholinite*. La première est spécifique et primitive, la deuxième est non spécifique et secondaire.

2° La blennorrhagie chronique peut se localiser dans les glandes situées autour du méat urinaire, au niveau du vestibule. C'est là la *folliculite blennorrhagique préurétrale*.

Cette localisation peut revêtir trois types cliniques :

A. — Autour du méat on observe une couronne de petits mamelons rouges, sensibles au doigt, réguliers, plus nombreux latéralement que sur la ligne médiane. Habituellement on ne constate que 4 ou 5 follicules présentant ces lésions à leur maximum d'intensité.

Pas de douleur, ou simplement une légère cuisson au moment de la miction.

La durée est chronique. Peut-être ce fait est-il dû au passage incessant de l'urine *au niveau du méat*. La guérison spontanée est rare.

On peut appeler cette forme la *folliculite blennorrhagique préurétrale simple*. — Elle peut passer inaperçue pour la malade qui n'est pas contagieuse. — Mais des causes multiples (coït, masturbation, leucorrhée, grossesse, malpropreté, etc.), peuvent réveiller cette phlegmasie, et amener la contagiosité en même temps que la suppuration des follicules.

B. — Dans beaucoup de cas, les saillies mamelonnées subissent un développement considérable. Elles deviennent cylindriques, coniques ou en massue. Elles peuvent prendre un aspect *polypiforme*, et elles nous ont paru être, dans quelques circonstances, l'origine de ces petits polypes multiples qui siègent au niveau du méat de l'urètre.

Ordinairement la malade n'accuse ni douleur ni gêne.

Dans deux cas, l'examen microscopique de ces petits prolongements (qu'il est facile d'enlever par l'excision ou la ligature) nous a montré que la lésion essentielle n'est autre qu'une hypertrophie et une prolifération des culs-de-sacs des glandules préurétrales.

Plus encore que dans la forme précédente, la lésion a de la tendance à s'éterniser. Ces petites tumeurs ne rétrocédant pas, la guérison spontanée est impossible. Du reste, la malade ne souffre pas et n'est pas contagieuse, si rien de nouveau ne survient.

C'est là, en définitive, une *folliculite blennorrhagique préurétrale hypertrophique*.

C. — Aux saillies glandulaires des variétés précédentes il peut se mélanger de petits points blancs de la grosseur d'une tête d'épingle, qui, incisés avec une lancette ou une aiguille, laissent s'écouler une gouttelette d'un pus séreux, blanchâtre.

Les glandules préurétrales ont suppuré et se sont transformées en abcès miliaires. Ces petits abcès sont entourés d'une zone rouge inflammatoire, aux dépens de la quelle ils peuvent s'agrandir.

A un moment donné, ils s'ouvrent, se vident de la gouttelette de pus qu'ils contenaient, et laissent à découvert une petite cavité cratériforme qui ne tarde pas à se fermer. C'est la phase ultime de l'évolution morbide de la folliculite blennorrhagique. Elle est d'autant plus sûrement amenée que la vulve est soumise à des irritations plus fortes. (Masturbation, malpropreté, urines sucrées, etc., etc...)

Ordinairement on n'observe pas plus de 3 à 4 follicules abcédés. Par leur

Digitized by Google

couleur blanchâtre et la minceur de leur paroi, qui est transparente, ils tranchent nettement sur la muqueuse rosée du vestibule.

Les follicules suppurent par poussées successives. Ils peuvent guérir après cette transformation purulente. Mais les follicules voisins qui ne sont pas arrivés au même degré d'évolution pathologique sont là pour perpétuer la phlegmasie locale. Souvent la malade accuse une légère douleur cuisante au moment de la miction, des démangeaisons au niveau du méat, quelques élancements vulvaires mal définis, ou des érections fréquentes.

Dans de telles circonstances, la malade est éminemment contagieuse; et le fait du pénis venant se mettre en conctact intime avec la région vestibulaire suffit pour assurer la transmission de la blennorrhagie.

Cette forme constitue la *folliculite blennorrhagique préurétrale suppurée.*

2° Rarement on observe sur la face interne des petites lèvres, au niveau de la fourchette ou du vestibule, une plaque rouge, irrégulière, granuleuse, à bords nettement tranchés. Quelquefois on voit plusieurs plaques semblables au niveau de la vulve.

Dans d'autres cas, ce sont de simples points rouges, mamelonnés, disséminés, isolés ou rapprochés.

Ces inflammations localisées s'observent dans la période chronique de la blennorrhagie, et siègent dans les glandes que renferme la muqueuse vulvaire.

Dans cette variété de vulvite, on observe au niveau des points enflammés un enduit puriforme qui rend la contagion très probable.

A la longue, la rougeur inflammatoire peut disparaître, et il ne reste (sur la face interne des petites lèvres surtout) qu'un semis de petites éminences grisâtres, comparables à des œufs d'insecte.

Cette dernière lésion n'a rien de spécifique par elle-même. Elle n'est que l'indice d'une vulvite chronique, ayant amené l'hypertrophie des glandules de la muqueuse. Souvent celles-ci secrètent abondamment une matière caséeuse à odeur repoussante. De ce que nous venons de dire, il ressort qu'une femme ne pourra être *déclarée saine* qu'autant qu'elle ne présentera *à aucun degré* une inflammation glandulaire blennorrhagique localisée. *Un examen attentif de la vulve sera donc toujours nécessaire.*

A supposer qu'une telle femme ne contamine pas la personne avec laquelle elle a des rapports, on ne peut en conclure qu'elle est saine. Il suffit, en effet, que la purulence des glandes préurétrales ou de Bartholin soit réveillée par des excès de boissons, de coït, par une excitation génésique ou psychique, etc., pour que la contagion se produise.

A cela, il faut ajouter que le hasard et la façon de pratiquer le coït sont pour beaucoup dans le fait de la pénétration du pus virulent dans le canal de l'urètre, puisque nous avons vu que la purulence pouvait être à peine sensible et exactement localisée à une région de la vulve et surtout au méat urinaire.

Diagnostic. — Nous ne voulons pas insister sur ce chapitre. La notion d'une blennorrhagie antécédente et l'examen local de la vulve éviteront toute confusion. Nous ne citerons que *l'herpès vulvaire*, les *kystes* et les *inflammations traumatiques* de la glande de Bartholin. — Mais le tableau clinique diffère essentiellement de celui des diverses formes décrites de blennorrhagie localisée. Il en sera de même de l'évolution. Il serait bien difficile de prendre des *végétations inflammatoires* pour de la folliculite préurétrale.

Digitized by Google

Pronostic. — Il emporte deux facteurs :

1° *Les poussées aiguës* pouvant se compliquer de *péribartholinite suppurée.* Elles menacent toute femme atteinte de bartholinite chronique.

2° *La contagiosité.* Elle peut être latente. Mais elle se réveille à l'occasion de toute poussée inflammatoire.

Traitement. — Après la sédation des phénomènes aigus de la blennorragie, il faut modifier ou détruire les points où se retire la blennorrhagie chronique, et pour cela cautériser avec le nitrate d'argent les follicules préurétraux ou les orifices des glandes de Bartholin. Dans les cas rebelles où la phlegmasie s'est retirée dans le corps d'une glande vulvo-vaginale, on peut l'inciser légèrement, de façon à détruire par la suppuration ce foyer spécifique.

N. B. — Déjà l'année dernière, lorsque mon maître, M. Martineau, attirait mon attention sur la blennorrhagie de la femme, il insistait sur l'importance que devaient jouer les localisations de cette phlegmasie sur la production de certaines fistules dont la pathologie est peu connue (fistules urétro-vestibulaires et recto-vulvaires.)

Mon excellent ami et collègue M. Lormand va publier avec preuves à l'appui un travail sur cette intéressante question.

Digitized by Google

V

Hôpital du Midi. — Service de M. le Dr Horteloup.

NOTE SUR L'EMPLOI DE L'ACIDE PYROGALLIQUE DANS LE TRAITEMENT DES CHANCRES ET DES BUBONS CHANCREUX,

Par F. BOTTEY, interne des hôpitaux.

Dans une note lue à l'Académie de médecine dans le courant du mois de janvier (1), M. le D. Vidal, s'appuyant sur les recherches de M. Terrillon et sur six observations personnelles prises dans son service de l'hôpital Saint-Louis, concluait que l'acide pyrogallique était jusqu'à ce jour le meilleur topique pour le traitement du chancre simple et de son phagédénisme, et que cet agent, ne déterminant qu'une douleur modérée de quelques minutes de durée, limitant presque exclusivement son action caustique aux tissus malades, transformait rapidement le chancre simple en une plaie ordinaire.

M. Horteloup a voulu expérimenter la valeur thérapeutique de ce médicament, et, comme on le verra plus loin, le résultat des observations que nous avons recueillies est loin de confirmer les conclusions de M. le Dr Vidal.

La formule préconisée par ce même médecin était le pyrogallol dans une pommade on mélangé, dans la proportion d'un cinquième, avec une poudre inerte. Nous avons tout d'abord rejeté l'emploi de la pommade, étant donné l'action généralement mauvaise des topiques gras sur les chancres simples. Nous nous sommes servi, dans nos expérimentations, de solutions au dixième et au vingtième, ou d'un mélange de poudre d'amidon ou de pyrogallol, soit au dixième, soit au vingtième.

(Nous nous sommes assurés au préalable que le médicament était absolument pur, en le faisant analyser par M. le pharmacien de service.)

Obs. I. L'Huillier (Léon), 19 ans, entré le 7 mars, salle 10, n° 11.

Bubon inguinal droit suppuré, datant de 15 jours et consécutif à un petit chancre simple de la couronne.

(1) Note lue à l'Académie de médecine dans la séance du 2 janvier 1883.

Digitized by Google

Le bubon est incisé le 9 mars, devient bientôt chancreux, à bords décollés, et on l'ébarbe le 20. L'ulcère ébarbé présente une surface sanieuse, de la dimension de la paume de la main. On le panse à la poudre d'iodoforme.

La cicatrisation se faisant avec lenteur, le 27 mars, on emploie la solution au dixième d'acide pyrogallique (pansement matin et soir).

Le 30, les douleurs sont tellement vives depuis trois jours, qu'elles empêchent le malade de dormir, et on est obligé de supprimer le pansement. Quan à la plaie, elle n'a pas été modifiée.

On revient à l'iodoforme, et depuis, la cicatrisation et le bourgeonnement de la plaie, quoique lents, se font journellement.

Obs. II. Lépine (Auguste), 28 ans, serrurier, entré le 10 janvier, salle 11, n° 10.

Phimosis inflammatoire datant d'un mois et demi, consécutif à des chancres simples sous-préputiaux.

Bubon chancreux suppuré gauche et traité par l'iodoforme (cicatrisation effectuée en 6 semaines environ).

Les chancres sous-préputiaux ne se modifiant pas sous l'influence des injections d'eau chlorurée, et devant une menace de sphacèle, on incise le phimosis dans sa longueur. Le 21 janvier, on trouve toute la partie supérieure du gland détruite par un vaste ulcère chancreux, à surface anfractueuse, dondant une suppuration abondante et fétide. On emploie la solution au vingtième d'acide pyrogallique (deux pansements par jour).

Le 30, la malade ne peut plus supporter le pansement, malgré toute sa bonne volonté, par suite des douleurs qu'il provoque.

On emploie alors l'acide pyrogallique sous forme de poudre au vingtième (poudre d'amidon 100 grammes, acide pyrogallique 5 grammes).

Le 2 mars, on est obligé de supprimer la poudre qui provoque encore plus de douleurs que la solution.

La plaie s'est détergée, mais ne s'est pas beaucoup modifiée comme tendance à la cicatrisation.

Obs. III. Grossi)Carles), 32 ans, briquetier, salle 12, n° 21.

Depuis le 26 janvier 1881 le malade est dans nos salles pour un bubon chancreux phagédénique qui a mis à nu le testicule gauche et le cordon spermatique, à la suite de la destruction de toute la partie gauche du scrotum et d'une partie de la peau du pli inguino-crural.

Sous l'influence du tartrate ferrico-potassique et de l'iodoforme, ce vaste ulcère a fini peu à peu par se cicatriser, et il ne restait plus qu'une surface ulcérée au niveau du pli inguino-crural de la dimension du creux de la paume de la main, lorsque, le 25 janvier 1883, on se servit de la solution au 1/10 d'acide pyrogallique, et le pansement fut continué pendant huit jours.

Au bout de ce temps les douleurs devinrent intolérables et il se développa un phlegmon qui partit de la plaie, envahit la région postérieure de la cuisse, ainsi que toute la région du mollet. Quatre incisions furent pratiquées pour vider les abcès qui se produisirent; un décollement considérable se fit dans toute la partie postérieure de la jambe. Aujourd'hui enfin le malade est guéri; et pendant l'évolution du phlegmon, la plaie chancreuse ainsi modifiée s'est cicatrisée toute seule.

Digitized by Google

Obs. IV. Leroux (Alphonse), 21 ans, ferblantier, entre le 10 janvier, salle 12, n° 3.

Phimosis inflammatoire depuis 5 semaines. Verge en battant de cloche, tellement tuméfiée que l'on est obligé d'en pratiquer l'incision le 20 janvier : on trouve quatre chancres simples de la couronne à bords décollés, à surface sanieuse, que l'on soigne d'abord par l'iodoforme. Le 2 février on emploie le pansement à l'aide de l'acide pyrogallique (solution au 1/10).

Au bout de trois jours on est forcé de cesser, tellement la douleur est intense.

On reprend l'iodoforme et le 2 mars le malade sort guéri.

Obs. V. Clerrel (Émile), 24 ans, entré le 13 janvier, salle 11, n° 3.

Bubon chancreux double, de la grosseur d'un œuf de dinde, datant d'un mois, et consécutif à des chancres simples multiples du frein et de la muqueuse préputiale.

On incise les bubons qui ne tardent pas à devenir chancreux, à bords décollés, saillants, à surface anfractueuse.

Après avoir déjà employé l'iodoforme on se sert le 29 janvier d'acide pyrogallique (solution au 1/10). Dès le surlendemain on est obligé de cesser par suite de douleurs excessives et permanentes provoquées par cette application.

Obs. VI. Besset (Henri), 32 ans, sculpteur, salle 10, n° 5.

Bubon inguinal gauche, de la grosseur d'un œuf de pigeon, consécutif à un chancre simple du méat. Le bubon s'est ouvert spontanément et la fistule a été agrandie par une incision. Au bout de peu de temps les parties malades sont devenues chancreuses et le 27 janvier on se servit d'acide pyrogallique sous forme de poudre au 1/10. Malgré les douleurs croissant de jour en jour sous l'influence de ce topique, on en continue l'emploi jusqu'au 7 février, c'est-à-dire pendant 10 jours. Enfin on fut obligé de cesser par suite de l'intensité trop grande des phénomènes douloureux qui empêchaient même le malade de dormir, et d'un érythème inflammatoire qui avait envahi les parties environnantes. Pendant toute la durée de l'application, la plaie chancreuse n'a pas été modifiée ; l'aspect seul est devenu noirâtre et la surface sèche et atone.

Obs. VII. Quiguer (Auguste), 20 ans, menuisier, entré le 10 mars, salle 11, n° 9.

Chancre simple de la couronne datant de quatre semaines ; bubon inguinal gauche suppuré depuis quinze jours.

Le 16, on incise le bubon qui prend un aspect chancreux, à bords saillants, décollés, et on le panse à la poudre de pyrogallol au dixième, à partir du 26 mars.

Le 2 avril, la plaie, loin de s'être modifiée, présente un aspect blafard, terne, sans cicatrisation. Mais l'application du topique n'a jusqu'à présent provoqué aucune douleur.

Le 20 avril. Aucune douleur, mais aucune modification dans l'aspect de l'ulcère chancreux dont les bords sont toujours taillés à pic et indurés, la surface gris noirâtre, sanieuse et pultacée. On supprime le pyrogallol.

Digitized by Google

Obs. VIII. Vurtz (Antoine), 25 ans, entré le 38 mars, salle 9, n° 11.

Trois chancres simples de la face inférieure du fourreau, datant de 15 jours. Deux abcès chancreux gros comme une noisette situés de chaque côté de la racine de la verge, et qui ne tardent pas à s'ouvrir au bout de quatre ou cinq jours, laissant deux ulcérations à bords décollés, à surface anfractueuse.

Le 6 avril on panse les chancres et les abcès chancreux à la poudre d'acide pyrogallique au dixième.

10 avril. Pas de douleurs depuis l'application. Les plaies présentent un aspect gris noirâtre, sec et atone.

20 avril. L'application du pyrogallol est toujours indolente mais on ne constate aucune modification des surfaces chancreuses dont les bords sont toujours décollés et sans indice de cicatrisation. On supprime le pansement.

Obs. IX. Faure, 33 ans. Entré le 30 mars, salle 9, n° 12.

Cet homme, qui est employé à la buanderie, dans la maison, a contracté il y a quinze jours, en lavant le linge des malades, un chancre simple au niveau de la face dorsale du premier espace intermétacarpien de la main gauche.

L'ulcère est large comme une pièce de 50 centimes, à aspect jaunâtre, sec, à bords décollés, à base proéminente et inflammatoire. On le panse à l'acide pyrogallique (poudre au 1/10).

Le 6 avril, l'ulcère n'a pas été modifié ; le fond est toujours sec et atone, et les bords n'ont aucune tendance à la cicatrisation.

Le 11, le malade se plaint de douleurs très vives depuis quatre jours et on supprime le pansement. On se sert d'iodoforme et aujourd'hui (25 avril) la plaie est en excellente voie de cicatrisation.

Comme on le voit, dans aucune de ces neuf observations, nous n'avons pu constater l'action efficace de l'acide pyrogallique. Malgré les doses employées (au dixième et au vingtième), bien inférieures pourtant à celles préconisées par M. Vidal (au cinquième), les douleurs ont été tellement intenses qu'il a fallu en cesser l'application, soit après trois jours (obs. I, IV, V), soit après huit ou dix jours (obs. II, III, VI, IX). Dans deux cas même l'action caustique et irritante du médicament ne s'est pas bornée à provoquer une douleur plus ou moins vive, elle a déterminé un phlegmon diffus dans l'observation III, et un érythème inflammatoire dans l'observation VI. Pour être juste, nous devons à la vérité de dire que, dans le premier de ces deux cas, le pyrogallol, en provoquant le phlegmon, a guéri le malade de son affection chancreuse, mais c'est là vraiment un mode thérapeutique trop chèrement acheté !

Enfin dans aucun des neuf cas que nous avons rapportés, et notamment dans ceux où l'emploi du topique a été suffisamment prolongé (obs. VII, VIII, pendant 24 jours) pour qu'on puisse en apprécier l'action, nous n'avons pu observer la transformation en plaie simple; il a

Digitized by Google

fallu revenir à l'emploi d'iodoforme ; car, lorsqu'après la suppression du pyrogallol, nous avons pansé avec des topiques ordinaires, la guérison n'a pas été obtenue. En résumé nous arrivons à des conclusions différentes de celles formulées par M. le Dr Vidal ; nous dirons que l'acide pyrogallique dans le traitement des chancres simples et des bubons chancreux peut provoquer des douleurs très intenses qui en rendent l'emploi impossible, étendre son action caustique et inflammatoire aux tissus environnants, et qu'il ne nous a pas semblé transformer le chancre simple en une plaie simple qui se cicatrise ensuite facilement ; aussi conseillerons-nous de l'employer avec de grandes précautions, car son mode d'action n'est pas sans danger.

Digitized by Google

RECUEIL DE FAITS

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE

Observation recueillie à l'hôpital Saint-Louis, par M. le Dr BARTHÉLEMY
dans le service de M. le professeur Fournier

M. Fournier a fait cette année à l'hôpital Saint-Louis des leçons cliniques qui ont déjà dans la science française un retentissement considérable, et qui ne peuvent manquer d'avoir sur la pratique journalière une grande influence. Il s'agit de l'étude des *manifestations tardives de la syphilis héréditaire*. Ainsi sont mieux expliqués un certain nombre de ces cas si fréquents, où des lésions de nature indubitablement spécifique ont une origine sincèrement et complètement inconnue des malades. Ainsi surtout sont mieux étudiées des lésions qui, douées de toutes les apparences des accidents scrofuleux, ont été toujours jusqu'alors rapportées à la scrofule. Ainsi pourront être guéries des affections réputées incurables et dorénavant justiciables du traitement antisyphilitique. Comme l'enseigne M. Fournier, la nature syphilitique de ces cas ne saurait être mise en doute. Il reste à savoir si la syphilis a été acquise dans les premiers temps qui suivirent la naissance, dans la première enfance, ou bien si elle a été transmise héréditairement à l'enfant par l'un ou l'autre de ses ascendants, ou bien par ses deux parents. Car il s'agit de lésions véritablement tardives, c'est-à-dire survenant non pas, comme c'est la règle, dans les premières semaines ou les premiers mois ni même dans la première année de la vie, mais se montrant dans la seconde enfance, dans l'adolescence ou même dans l'âge vraiment adulte. Comme le fait remarquer le professeur, ces faits n'ont rien qui puisse surprendre l'observateur. Un enfant prend la vérole dans le sein de sa mère ; 25 ans après, il a des gommes. En quoi ce processus diffère-t-il de celui qui fait naître des gommes sous-cutanées ou des ostéomes gommeux chez l'individu qui a contracté la syphilis 25 ans auparavant ?

M. Fournier cite d'ailleurs à l'appui de sa proposition un grand nombre de faits qui ne permettent, à cause de la durée et de la rigueur

Digitized by Google

des observations, ni l'indécision ni le doute, et qui sont empruntées soit à sa clinique, soit à celle de Surmay, de Horand, de Parrot, de Lannelongue, des médecins anglais pour lesquels cette question est devenue presque familière, et notamment à celle de Hutchinson, le grand médecin de Londres.

MM. Leloir et Perrin ont publié récemment, dans ces annales même, quatre cas de syphilis héréditaire tardive observés dans le service de M. Fournier. Nous venons à notre tour en rapporter un recueilli dans le même service. On peut dire en effet que les faits de ce genre sont loin d'être rares, et il est certain qu'ils le deviendront d'autant moins qu'on saura mieux les reconnaître. Qu'il nous soit permis de rappeler ici les *neuf groupes de signes* grâce auxquels il devient possible d'établir le *diagnostic de syphilis héréditaire tardive.*

1° — Habitus et facies.
2° — Développement physique, tardif et incomplet (infantilisme).
3° — Déformations craniennes et nasales.
4° — Lésions osseuses.
5° — Cicatrices de la peau des muqueuses.
6° — Vestiges de kératite, d'iritis, etc.
7° — Troubles ou lésions de l'appareil auditif.
8° — Malformations dentaires (dents syphilitiques).
9° — Lésions testiculaires.

M. Fournier insiste encore sur l'importance qu'il y a à faire une minutieuse enquête rétrospective sur les ascendants, à tenir compte de la multiplicité des fausses couches et de la multiléthalité des enfants.

Un certain nombre de ces particularités se retrouvent dans l'observation suivante :

Q... (Joseph), âgé de 15 ans, est amené par son père, le 10 novembre 1882, à l'hôpital Saint-Louis; il est couché au lit n° 18 *bis* de la salle Saint-Louis.

Antécédents héréditaires. — Le père du malade est un homme vigoureux, bien portant, qui n'a jamais eu d'autre maladie qu'une blennorrhagie à l'âge de 28 ans, et quelques ulcérations à la verge; traitées comme des chancres simples, ces lésions furent complètement et définitivement guéries au bout de deux mois. A 30 ans, cet homme épousa une femme âgée de 25 ans, veuve depuis une année de mariage ; le premier mari de cette femme lui avait donné la syphilis dès les premiers jours du mariage. Ignorant la gravité de sa maladie, cette malheureuse femme ne suivit aucun traitement, pas plus après son veuvage que pendant son mariage. Un an après la mort de son premier mari, elle se remaria avec le père de notre malade. A cette époque, c'est-à-dire deux ans après avoir contracté la syphilis, elle ne présentait aucun accident. Au bout de 9 mois de mariage, elle eut une fille qui se porta bien jusqu'à l'âge de 4 ans, mais qui mourut à cet âge, d'une « *méningite* (?) ».

Pendant cinq ans la mère jouit d'une très bonne santé ; mais, à partir de cette époque, c'est-à-dire 7 ans après avoir contracté la syphilis, survinrent

Digitized by Google

des maux de tête violents, surtout la nuit, des étourdissements, des vertiges. C'est sur ces entrefaites qu'elle devint enceinte de l'enfant qui fait le sujet de cette observation. Elle accoucha à terme (1867).

Aux vertiges et aux maux de tête se joignit un écoulement de mucosités purulentes et sanguinolentes; puis survint de l'ozène et bientôt le nez s'affaissa. Quelque temps avant que cet « éboulement, cet effondrement » du nez se produisit, des débris osseux, des esquilles furent éliminés par les narines en même temps que les mucosités purulentes. Enfin le voile du palais fut en partie détruit. Un médecin, consulté à ce sujet, amena une rapide amélioration au moyen de l'iodure de potassium.

Quelques années après tous ces accidents (août 1876), cette femme eut de nouveaux accès de céphalée, un écoulement purulent par l'oreille et des accidents méningitiques qui l'emportèrent rapidement.

Trois ans après, M. Q...,veuf à son tour,se remaria (1873). De ce nouveau mariage il a un fils âgé de 6 ans, qui jusqu'à ce jour a toujours été bien portant. Quant à lui-même il ne paraît pas avoir contracté la syphilis de sa première femme. Il jouit d'ailleurs d'une bonne santé et se présente doué d'une forte constitution entachée peut-être d'arthritisme.

Antécédents personnels. — Le jeune malade qui fait le sujet de cette observation, le jeune Joseph Q... est né le 26 avril 1867. Sa mère avait des vertiges, de la céphalée et était trop souffrante pour faire elle-même l'allaitement. Le nouveau-né fut envoyé en nourrice en Bourgogne. Il resta ensuite dans ce pays jusqu'à l'âge de 6 ans et jouit pendant tout ce temps d'une bonne santé. Ce ne fut qu'à l'âge de 7 ans que commencèrent à se produire des lésions dont on peut encore aujourd'hui constater les traces ou les conséquences. Le père raconte que l'enfant aurait alors été brusquement, et sans avoir auparavant jamais souffert de la gorge, pris d'une épistaxis abondante accompagnée de crachement de sang et de pus. Dès lors le petit malade eut la voix nasonnée, des troubles de la nutrition assez marqués pour amener, lorsqu'il buvait vite ou abondamment, le reflux d'une partie des liquides par le nez. Le père donne sur ces divers points des détails très nets et très circonstanciés.

Etat actuel. — L'enfant est âgé de 15 ans; il est développé d'une façon moyenne, et rien n'attire l'attention au premier coup d'œil sur ses fâcheux antécédents. Mais si on vient à examiner sa *gorge*, on constate que la luette a disparu, que la partie postérieure du voile est en partie détruite, que la partie antérieure présente un aspect cicatriciel très accentué et que le pharynx offre aussi des traînées blanchâtres et dures de tissu inodulaire. Il n'y a pas de perforation centrale du voile du palais; la voute palatine n'est pas non plus lésée actuellement.

Le *nez* est aplati, affaissé au niveau de sa partie moyenne. Cet « éboulement ou effondrement » du nez a commencé à se produire vers l'âge de 7 ans; c'est du moins depuis cette époque que le père raconte avoir constaté de l'ozène chez l'enfant.

Un *stylet introduit dans la narine* permet de reconnaître que le plafond des fosses nasales est dénudé sur une assez grande étendue du côté droit, assez loin des narines et dans une région qui doit répondre à la portion ethmodale de la voûte. Le stylet est arrêté à tout instant par les rugosités des surfaces osseuses et produit un bruit sec, éclatant, par la percussion des portions nécrosées. Les phénomènes se montrent sur une grande étendue.

Digitized by Google

La cloison n'est pas perforée mais elle s'est notablement amincie et cède sous la pression du stylet.

Pendant l'enfance, des lésions graves ont aussi altéré les *organes de la vision*. L'œil droit voit bien, mais l'œil gauche a la cornée trouble et inégale sur certains points, épaissie sur certains autres ; la pupille est privée de contractilité et, en somme, la vision est très restreinte. C'est ainsi que le malade, assis sur son lit, ne peut lire le numéro de sa pancarte. Ces troubles oculaires se sont montrés vers l'âge de 10 ans, et se seraient développés spontanément et rapidement.

Enfin ce pauvre malade est atteint d'une *surdité* complète de l'oreille droite et d'une simple diminution de l'ouie du côté gauche. Les lésions de l'oreille droite datent de l'enfance, car le père dit avoir toujours vu de l'otorrhée du côté droit.

On comprend que dans ces conditions l'*intelligence* du malade ait été peu cultivée ; elle n'est pas en effet très vive ; pourtant rien ne peut faire considérer le malade comme un idiot ou comme un être frappé d'un arrêt de développement du cerveau. C'est une intelligence lourde et bornée, mais non abolie.

Les *oreilles* ont été examinées par le Dr Hermet, qui résume ses constatations ainsi qu'il suit :

I. *Oreille gauche.* — Le malade dit qu'il n'a pas eu d'écoulement purulent de ce côté. Ce fait n'est pas exact puisque le tympan porte deux perforations très visibles. La plus grande est taillée comme à l'emporte-pièce, elle siège dans le segment antérieur ; elle est située dans cette portion du tympan qui de haut en bas s'étend de la tête du manche du marteau à l'ombilic tympanique, et qui d'arrière en avant se dirige du corps du marteau vers le cercle du tympan. On aperçoit une membrane de seconde formation disposée en infundibulum et fournissant la preuve de la tentative qu'a faite l'organisme pour reconstituer l'intégrité du tympan. — L'autre perforation, beaucoup plus petite, siège dans le segment postérieur et se trouve presque sur le même plan que la membrane primitive. Elle présente aussi une membrane de nouvelle formation.

On dirait, écrit le Dr Hermet, que le corps du marteau est comme suspendu entre ces deux perforations.

Audition = montre à deux centimètres.

II. *Oreille droite.* — L'écoulement purulent persiste de ce côté depuis plusieurs années ; il est survenu brusquement, sans douleur, puisque le malade ne l'a remarqué qu'à cause du pus qui tachait son oreiller.

La membrane du tympan est détruite ; les osselets ont disparu ; l'œil pénètre directement et facilement dans la caisse dont la muqueuse est rouge, hyperhémiée, tuméfiée. Elle se présente au premier coup d'œil avec une coloration d'un gris jaunâtre ; mais on ne tarde pas à reconnaître que cette teinte est empruntée à la couche de pus qui tapisse la caisse. Si on vient à l'essuyer avec un tampon de ouate, la muqueuse apparaît comme elle est décrite plus haut.

Les *testicules* n'offrent rien de nouveau à noter.

Le *corps* ne présente pas d'autre lésion, ni du côté des os (exostose, périostite, ostéome, carie, nécrose, etc.), ni du côté de la peau (cicatrice, pigmentation, croûte, etc.). Toutefois, il faut noter sur les téguments la malformation spéciale qui donne lieu à l'*ichthyose*. Cet état spécial de la peau se

Digitized by Google

serait montré vers l'âge de 3 ans; il se présente d'ailleurs avec les caractères de l'ichthyose nacrée et craquelée et dans les localisations habituelles, c'est-à-dire que l'on constate une exagération marquée aux coudes, aux genoux et en général du côté de l'extension, et, au contraire, l'atténuation et même l'absence de la lésion au niveau de la face, des surfaces plantaires et palmaires, aux organes génitaux, etc.

Un oncle du malade est le seul membre de cette famille qui ait de l'ichthyose. C'est pour l'ichthyose que Q... est déjà venu plusieurs fois à l'hôpital Saint-Louis, soit en 1880, soit en 1881. Chaque fois les bains répétés et les frictions au glycérolé d'amidon l'ont rapidement amélioré. Cet état pathologique n'est d'ailleurs ici qu'un phénomène accessoire.

Les particularités intéressantes de cette observation consistent dans la précision des renseignements — dans leur signification — dans l'existence de lésions confirmatives des présomptions étiologiques — et dans la coexistence même de ces lésions qui constituent un *syndrôme trilogique*, une triade symptomatologique de la plus haute valeur : nous voulons parler de la kératite interstitielle, de la carie des os du nez et de l'ozène et des lésions si avancées des organes de l'audition : tous symptômes qui jouent un rôle important dans le *diagnostic rétrospectif de la syphilis héréditaire*.

Digitized by Google

II

Hôpital Saint-Louis. Service de M. le professeur **Fournier**.

OBSERVATION TYPE DE SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE,

Par **Fernand LAVERGNE** et **Léon PERRIN**, internes des hôpitaux.

Le nommé X... Louis, âgé de 17 ans, forgeron, entre le 5 février 1883, salle Saint-Louis, n° 9, à l'hôpital Saint-Louis (service de M. le professeur Fournier.

Antécédents héréditaires. — Le père de cet enfant est bien portant, mais alcoolique. La mère, à l'âge de 24 ans, a contracté la syphilis, qui s'est manifestée chez elle par des syphilides cutanées, vulvaires buccales, de l'alopécie etc... Elle a été soignée à cette époque pendant 8 mois dans le service de M. le Dr Lailler, à l'hôpital de Lourcine (pilules mercurielles, cautérisations des syphilides au nitrate d'argent). Six mois après sa sortie, elle eut de nouveaux accidents cutanés, entra une seconde fois chez M. Lailler, qui la soumit pendant six mois au traitement mixte (pilules et iodure de potassium). Depuis lors, elle ne s'est plus soignée, et n'a jamais été malade.

Deux ans après avoir contracté la syphilis, elle est devenue enceinte, et a accouché à terme d'un enfant qui mourut à 17 jours, ayant des bulles de pemphigus sur les pieds et les mains, des ulcérations aux lèvres et à l'anus.

Un an après cette première grossesse, et par conséquent trois ans après le début de la syphilis, elle se marie avec un homme fort, robuste, mais alcoolique.

De cette union elle a huit enfants, qu'elle a tous nourris.

L'aîné est celui qui entre à l'hôpital, et sur lequel nous reviendrons. Des sept autres, un est né avant terme; trois sont morts à trois mois, sans avoir été traités comme syphilitiques, et après avoir présenté, dès la troisième semaine, des éruptions généralisées à presque tout le corps, mais surtout abondantes au niveau des pieds, des mains, des fesses et du tronc. Les trois autres enfants sont bien portants et n'ont jamais eu d'accidents spécifiques.

Accidents personnels. — Le malade est l'aîné de tous les enfants. Il est venu à terme et a été nourri par sa mère. Il a aujourd'hui 17 ans et présente une série d'accidents et de lésions caractéristiques. Trois semaines après sa naissance, il a eu des boutons sur les fesses, des ulcérations anales, etc. La mère, soupçonnant la nature syphilitique de ces accidents, alla présenter son enfant à M. le Dr Lailler. Sous l'influence du traitement spécifique, ces manifestations disparurent assez vite, mais, à l'âge de 4 ans, l'enfant qui était assez chétif, souffreteux, retomba malade, et fut traité au dire de la mère, pour le « carreau » par un médecin de Saint-Denis (sirop d'iodure de fer, huile de foie de morue). A 12 ans, il fut conduit à Sainte-Eugénie pour des accidents strumeux (gourmes, adénopathies cervicales), à 15 ans, il a eu des douleurs vagues dans les genoux et dans les jambes.

Digitized by Google

Etat actuel. — L'habitus extérieur est celui d'un garçon peu robuste ; le teint est terreux, les membres grêles. Taille 1m65.

Oreille gauche. — Le malade est sourd de cette oreille depuis une époque qu'il ne peut exactement déterminer. Il n'y a jamais eu d'otorrhée. Cependant la membrane tympanique, d'après M. le Dr Hermet, qui a bien voulu examiner le malade, présente une perforation placée en avant du manche du marteau, grande comme une demi-tête d'épingle. Elle est épaissie, terne. Le triangle lumineux a disparu. Le manche du marteau semble rouge, hypertrophié. En un mot, il existe tous les signes d'une otite ancienne non suppurée de la caisse.

Oreille droite. — Depuis un mois seulement, le malade est sourd de cette oreille. La surdité s'est établie progressivement. La membrane du tympan, moins épaissie que celle du côté gauche, est légèrement déprimée. Le manche du marteau est légèrement déjeté en dehors. Le malade entend des bruits musicaux. Le matin, il a des étourdissements.

Malgré les lésions de la membrane du tympan, qui évidemment sont considérables, il faut chercher ailleurs que dans l'appareil de transmission la cause d'une cophose aussi complète. Réside-t-elle dans le cerveau ? Réside-t-elle dans le labyrinthe ? sur le trajet du nerf auditif ? Les bruits musicaux, les étourdissements sont bien les signes d'une otite labyrinthique... Il existe évidemment, en même temps, en raison d'une cophose aussi complète, une paralysie du nerf auditif. Le malade n'a jamais souffert des oreilles. Il est tellement sourd qu'on est obligé, pour communiquer avec lui, de le faire écrire sur une ardoise.

Cornée gauche. —Absolument dépourvue de transparence, à ce point qu'à la lumière ordinaire, on distingue à peine la pupille, elle est d'une couleur grisâtre générale. Dans le segment inférieur, on voit un point absolument rouge. Dans le segment supérieur, existe une zone rosée d'origine vasculaire manifeste. Au-dessous du niveau de la pupille, roue blanchâtre opaque, en coup d'ongle, très légère injection de la conjonctive, beaucoup plus accusée au niveau du segment supérieur et inférieur de la cornée. Le malade tient sa paupière supérieure un peu abaissée, mais en somme la photophobie est très légère. Pas de larmoiement. Le malade souffre un peu de son œil quand il regarde le jour.

Cornée droite. Deux néphélions lucéaires sur la cornée.

Nez. Rien de particulier. Il n'est ni applati, ni effondré.

Dents. Mâchoire inférieure. Les *incisives médianes inférieures* présentent trois cuspides bien nettes, régulièrement disposées. Elles sont toutes deux amincies à leur bord libre. Celle du côté droit offre une dépression transversale en forme de cupule élargie (dents trilobées).

Incisive latérale gauche. Pas de sillon; mais amincie à son sommet. L'*incisive latérale droite* porte un vestige d'encoche. Les *canines inférieures* sont saines. Les *petites molaires* aussi.

Les *premières molaires* sont absentes. Le s*dents de sagesse* n'existent pas.

Quant au mode d'implantation, on remarque que les incisives médianes inférieures sont divergentes en dehors, et forment une sorte d'angle dièdre.

Mâchoire supérieure. L'*incisive médiane supérieure gauche* présente le type de la dent d'Hutchinson, c'est-à-dire : l'échancrure semi-linéaire très accentuée, bordée de chaque côté par deux cuspides. En outre, on remarque une perte de substance de la face antérieure remontant à un millimètre et demi sur la dent, et se confondant avec l'échancrure.

Digitized by Google

L'*incisive médiane supérieure droite* est amincie ; son bord tranchant offre une ébauche à peine apparente d'échancrure. A la loupe, sur la face antérieure, on aperçoit deux ou trois stries transversales, minimes. Ces deux dents sont obliques et divergentes. L'*incisive latérale droite* est saine. Quant à celle de gauche, son bord tranchant est un peu inégal.

Canines. La *canine supérieure droite* présente deux sillons légèrement arqués, à peine visibles. La *canine gauche* est saine. Il en est de même des prémolaires supérieures. Quant à la *molaire supérieure droite*, elle commence à se carier. Celle du côté gauche est entièrement cariée. La deuxième *molaire* est saine ; les dents de sagesse sont absentes.

D'une façon générale, le volume des dents est à peu près normal. Les incisives supérieures sont un peu courtes. On ne constate pas d'écartement marqué entre les dents, sauf entre les incisives médianes supérieure et inférieure, en raison de leur divergence.

Articulations. Au niveau des genoux, on constate une double hydarthrose, qui daterait, d'après le malade, du mois de septembre dernier. A cette époque, il a commencé à souffrir de ces articulations, qui, peu à peu, ont augmenté de volume, au point de déformer maintenant tout à fait les deux genoux. Ceux-ci, en effet, sans présenter aucune rougeur, aucune trace d'inflammation superficielle, sont le siège d'un épanchement considérable, qu'il est facile d'apprécier par les moyens de palpation ordinaires. Toutefois, la quantité de liquide est plus grande à gauche qu'à droite. La rotule est fortement soulevée ; les culs-de-sac supérieur et inférieur de la synoviale sont largement distendus. Les mouvements sont normaux et ne déterminent pas de craquements. Les extrémités articulaires, surtout du côté du fémur, sont un peu hypertrophiées, et, quand le malade est debout, les genoux se touchent, comme chez les cagneux. Quant aux troubles fonctionnels, ils sont nuls. Le malade marche tout le jour, et ne souffre que lorsqu'on fait exécuter à l'article des mouvements de flexion forcée.

L'examen des principaux viscères ne révèle rien. Les facultés intellectuelles paraissent assez développées ; mais, en raison de sa surdité, le malade a toujours un facies inintelligent et ahuri. L'état général est bon.

Dès le jour de l'entrée à l'hôpital, le malade est soumis au traitement suivant : sirop d'iodure de fer : quatre cuillerées par jour ; iodure de potassium : 4 grammes. Sous l'influence de ce traitement, aucune amélioration bien manifeste ne s'est produite pendant le séjour du malade à l'hôpital. Il a été suivi du 5 février au 5 avril.

Réflexions. Cette observation est particulièrement intéressante en ce que le malade a présenté, réunies et au complet, les manifestations pathognomoniques de la syphilis héréditaire tardive. D'une part, la mère a contracté la syphilis deux ans avant sa première grossesse. Sur les huit grossesses, on note : un avortement, trois enfants morts en bas-âge de syphilis infantile, trois enfants vivants et bien portants (ceux qui sont nés les derniers). Enfin l'aîné fait le sujet de notre observation. Nous trouvons donc ici, en première ligne, ce signe majeur, sur lequel notre excellent maître, M. le professeur Fournier, insiste tant, à savoir : la *polyléthalité* dans la famille.

Digitized by Google

D'autre part, notre malade a présenté les trois symptômes si importants qui constituent la « la triade » d'Hutchinson, c'est-à-dire : la surdité, la kératite, les malformations dentaires. La surdité était absolue : la kératite bilatérale; les malformations dentaires étaient caractéristiques. Enfin nous signalerons en terminant cette double hydarthrose des genoux, absolument indolente, et qui, pour être rare, n'en est pas moins une lésion qu'il importait de rattacher à sa véritable cause : la syphilis héréditaire tardive.

Digitized by Google

III

ARTÉRITE SYPHILITIQUE PRÉCOCE DES ARTÈRES DE LA BASE DU CERVEAU. — THROMBOSE DU TRONC BASILAIRE (1).

Par M. GEFFRIER, interne des hôpitaux.

Le nommé Arm... (Auguste), âgé de 42 ans, charretier, entré, le 10 novembre 1882, salle Saint-Louis, hôpital Beaujon, service de M. Millard.

Il ne signale aucune maladie antérieure, sauf une légère fluxion de poitrine à l'âge de 10 ans.

Il eut, il y a deux ans et demi, un chancre qui guérit complètement en trois semaines ; il ne paraît y avoir eu aucun accident consécutif. — Excès alcooliques avoués.

On constate actuellement sur la moitié droite de la lèvre inférieure une ulcération qui a débuté il y a trois ou quatre semaines. Cette ulcération, qui a augmenté graduellement, présente aujourd'hui le diamètre d'une pièce de 2 francs ; les bords sont taillés à pic, le fond sanieux reposant sur une base indurée. La douleur est presque nulle, il y a un ganglion sous-maxillaire dur et volumineux du côté correspondant.

Un peu de céphalée.

Eruption de roséole sur le thorax et les membres.

Un peu de toux, quelques râles de bronchite.

Il s'agit évidemment d'un chancre infectant de la lèvre ; le malade avoue la possibilité d'une contamination.

On ordonne deux pilules de protoiodure tous les jours.

20 novembre. Grande amélioration.

Le 22. Stomatite mercurielle. On ordonne 4 grammes de chlorate de potasse.

Le 26. Diarrhée.

Le 1er décembre. Exeat. La guérison paraît complète.

Le 30. Il rentre dans le service, souffrant depuis cinq jours d'une céphalée atroce qui a son maximum autour de l'oreille et à la tempe droite. Il ne dort plus sous l'influence de cette douleur vive et continue. Il n'y a plus de roséole, aucune lésion syphilitique cutanée ou muqueuse. La cicatrice du chancre est très apparente. Pas de fièvre, iodure de potassium, 1 gramme. Injections de morphine. Glycérine laudanisée dans l'oreille droite.

3 janvier. Céphalée persistante, 3 grammes d'iodure.

Le 8. Aucune modification, on a atteint progressivement 6 grammes d'iodure de potassium.

Le 13. Il survient de la bronchite (suspension du traitement). Poudre de Dower, 20 centigrammes en deux pilules.

(1) Cette observation, publiée par la *France médicale* (nos 73 et 74, 1883) et communiquée à la Société Clinique, nous a paru digne d'être reproduite intégralement.

Digitized by Google

Le 22. Se dit guéri. Exeat.

2 février. Entre pour la troisième fois.

Il dit que depuis plusieurs jours les douleurs de tête sont beaucoup plus violentes ; ordinairement limitées au côté droit, elles sont bilatérales depuis huit jours, et présentent aujourd'hui, des deux côtés, une intensité semblable.

Cette douleur est continue avec exacerbations sous forme d'élancements ; elle s'exagère encore le soir et pendant la nuit.

La pression est douloureuse sur le front et le cuir chevelu, sur tout le pourtour des orbites, à la tempe, à l'apophyse mastoïde ; la douleur à la pression semble un peu plus forte au niveau des trous sus- et sous-orbitaires.

Il n'y a aucune trace actuelle de syphilis ; la cicatrice du chancre de la lèvre est encore très visible et indurée.

3 février. Frictions avec l'onguent napolitain, 5 grammes, répétées tous les jours. Iodure de potassium, 2 grammes.

Le 4. Iodure de potassium, 3 grammes; injection de morphine.

Le 5. Iodure de potassium, 4 grammes; injection de morphine ; chloral, 3 grammes.

On continue ainsi à augmenter la dose d'iodure de potassium, d'abord de 1 gramme tous les jours, puis de 1 gramme tous les deux jours, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à 8 grammes.

Les frictions mercurielles ont été faites d'abord une fois par jour, puis matin et soir.

Le 6. Aucune amélioration.

Le 20. Changement inappréciable; la céphalalgie atroce est de nouveau plus marquée à droite ; des douleurs se propagent à toute la moitié droite de la face et à la nuque. Toujours iodure de potassium, 8 grammes.

Le 25. Devant l'insuccès absolu de la médication spécifique, on la supprime et on fait prendre au malade des pilules de Méglin (6 par jour). On continue à lui faire une injection de morphine tous les jours.

Le 26. Il dit avoir été soulagé.

Le 7 mars. La céphalée est toujours aussi intense. Violentes douleurs dans la nuque.

Quand le malade se lève, il éprouve des étourdissements, de la difficulté à marcher, il conserve avec peine son équilibre.

On lui fait prendre des pilules d'aconitine, 1/4 de milligramme. Quatre pilules au début, puis six par jour.

Les 12 et 13. Vomissements verdâtres. Pas de modification dans la céphalalgie (suppression de l'aconitine).

Le 18. Reste dans le même état ; mêmes vertiges. Depuis huit jours il n'a pas quitté son lit, n'éprouvant pas, dit-il, le désir de remuer.

Le 19. La présence de deux dents malades ayant été regardée comme point de départ possible des douleurs, elles sont arrachées.

Le 20. Affaiblissement intellectuel, il a l'air ahuri et fait des réponses étranges.

Le 22. Les troubles cérébraux s'accentuent, il y a du délire (sans fièvre); il s'est levé cette nuit, il n'en a aucun souvenir; il raconte une course qu'il dit avoir fait la veille en dehors de l'hôpital, alors qu'il n'a pas quitté son lit; il a d'ailleurs la plus grande peine à se tenir debout, non faute de force, mais par perte d'équilibre.

Le 23. Même état; cependant il dit souffrir beaucoup moins dans la tête.

Digitized by Google

Le 24. Il paraît comme à son ordinaire à la visite du matin ; il peut rester levé pendant un instant. A 3 h. 1/2 il semble dormir tranquillement dans son lit. A 4 h. 1/2 on entend un râle trachéal bruyant, et il est alors plongé dans un coma dont on ne peut le tirer. Il est dans un état de résolution incomplète, ses membres résistent légèrement aux mouvements qu'on leur imprime. Si on le pince, en quelque endroit que ce soit, il éprouve un tressaillement qui montre l'absence d'anesthésie ; il éprouve à chaque instant des petites secousses convulsives dans les deux membres supérieurs.

Les réflexes plantaires sont conservés. Les pupilles sont également dilatées ; un peu de strabisme interne à l'œil gauche. Le pouls est régulier, assez lent.

Relâchement du sphincter vésical. (Sinapisation, lavement purgatif.)

Vers 8 h. du soir, le râle trachéal s'accentue ; les secousses convulsives deviennent plus prononcées dans les bras ; la mort survient à 11 h. du soir.

Autopsie. — 36 heures après la mort.

Encéphale. — Coloration normale des méninges.

Le tronc basilaire attire immédiatement l'attention par son volume et sa coloration : il est distendu par un caillot noirâtre, qui commence dans les deux artères vertébrales, 1 centimètre environ avant leur réunion, et se prolonge jusqu'à l'orifice des cérébrales postérieures.

L'artère basilaire étant fendue sur sa face inférieure, on constate que ce caillot, presque entièrement cruorique, est fort adhérent à la tunique interne du vaisseau, dont on ne le détache que difficilement, par une sorte de dissection.

La naissance des deux artères sylviennes est aussi le siège d'une lésion qui se traduit à l'œil nu par un épaississement considérable de la paroi artérielle, qui semble boursoufflée et blanchâtre à l'extérieur, tandis qu'à l'intérieur le calibre des vaisseaux est notablement rétréci.

Cette altération des artères sylviennes, plus prononcée à droite qu'à gauche, s'arrête à quelques millimètres de leur origine, mais se prolonge de la même façon sur les cérébrales antérieure et communiquante postérieure ; il n'y a pas de lésions appréciables à l'œil nu sur les autres vaisseaux du cerveau.

Aucune lésion de la substance cérébrale, qui cependant ne présente aucun pointillé vasculaire, mais est d'une blancheur parfaite et uniforme, peut-être moins complète à la région antérieure. Aucune apparence de nécrobiose.

L'aorte thoracique, examinée tout entière, la carotide primitive, ne présentent aucune lésion à l'œil nu.

Les poumons sont congestionnés, il existe un petit foyer d'apoplexie pulmonaire à la région postérieure du lobe inférieur gauche.

Le cœur est sain ; les reins le paraissent également.

Le foie est un peu plus volumineux qu'à l'état normal, son tissu est ferme ; les espaces interlobulaires semblent plus larges qu'à l'état normal, et occupés par des tractus conjonctifs peu denses.

La rate, également volumineuse et dure, présente aussi des tractus fibroïdes plus développés qu'à l'état ordinaire.

On ne découvre de gommes dans aucun organe.

Les artères malades ont été examinées par M. le Dr Brault, préparateur du cours d'anatomie pathologique ; voici la note qu'il a eu l'extrême obligeance de rédiger à ce sujet :

Digitized by Google

L'examen histologique a porté sur toute l'étendue du tronc basilaire et sur les points les plus malades des artères sylviennes.

A. *Tronc basilaire.* — Les lésions sont très accusées, soit qu'on examine le tronc artériel sur des coupes transversales, soit qu'on étudie des coupes longitudinales.

Il faut d'abord signaler ce fait important que, suivant le point examiné, la lésion se présente avec des caractères différents; en effet, tandis qu'on constate par places une destruction presque complète de toutes les tuniques artérielles infiltrées d'éléments jeunes, dans d'autres points, au contraire, la membrane interne est presque complètement fibreuse, et la tunique musculaire ainsi que la tunique externe offrent des altérations analogues.

Dans les points les plus enflammés, il y a une destruction partielle des tuniques interne et moyenne, avec tendance à la formation de petites poches anévrysmales. A ce niveau il existe des interruptions de la membrane élastique interne qui parfois disparaît même complètement.

A la partie externe de ces petites poches anévrysmales se trouvent les tuniques moyenne et externe infiltrées de cellules embryonnaires. Il n'existait donc pas dans ces points de barrière solide, et une rupture aurait pu se faire à ce niveau, occasionnant une hémorragie méningée promptement mortelle.

Dans toute son étendue, le tronc basilaire présentait une altération marquée de toute l'épaisseur de sa paroi, mais surtout les tuniques interne et externe.

Sur les points même où le caillot était le moins adhérent, il existait de la fibrine épanchée entre les couches les plus superficielles de la membrane interne hyperplasiée.

Il existait donc là toutes les conditions favorables à la formation d'un caillot thrombosique.

B. *Artères sylviennes.* — La lésion, ainsi qu'il a été dit à propos de la description à l'œil nu, était beaucoup plus prononcée au niveau de l'origine de la sylvienne droite.

Suivant le point examiné, l'endartère présentait soit des végétations très récentes, de structure très voisine de celle des bourgeons charnus, et contenant une assez grande quantité de cellules à prolongements étoilés, ou bien des épaississements scléreux avec quelques cellules géantes (fait déjà signalé par Heubner dans les artérites syphilitiques).

On trouve enfin des épaississements plus considérables dans lesquels les éléments cellulaires étaient moins nombreux, et en partie dégénérés et graisseux, comme dans l'athérome artériel le plus franc.

Sur certains points, l'oblitération artérielle était très avancée.

C. Les autres artères de l'hexagone cérébral, qui paraissaient à peu près saines à l'œil nu, présentaient néanmoins plusieurs couches de cellules plates développées aux dépens de la tunique interne.

Réflexions. — L'intérêt de cette observation nous semble être dans la rapidité avec laquelle on a vu apparaître les lésions artérielles; le chancre a débuté vers le 15 octobre 1882; quand le malade vient pour la première fois à l'hôpital, le 10 novembre suivant, en pleine éruption de roséole, il se plaint d'un peu de céphalée, qui est d'ailleurs passagère, et peut fort bien n'être pas attribuée à la lésion commençante des artères de l'encéphale; mais le 25 décembre, moins de deux mois et demi après l'apparition de l'accident primitif, les douleurs de tête surviennent avec toute l'intensité qu'elles conserveront jusqu'à la fin; elles s'installent dès ce moment avec le caractère

Digitized by Google

qu'elles auront jusqu'au bout, et persistent presque sans rémission jusqu'à la mort, qui survient le 24 mars, à peine cinq mois et demi après le début de la syphilis.

On pourra nous objecter que le malade avait eu un chancre deux ans et demi auparavant, et que sa syphilis datait de cette époque. Mais ce chancre, signalé par le malade, paraît avoir été un accident purement local qui n'a été suivi d'aucune lésion pouvant faire présumer sa nature infectante. D'autre part, le chancre de la lèvre, avec son adénopathie sous-maxillaire, la roséole que présentait le malade au moment de son entrée, ont été vus par M. Millard, et leur diagnostic ne pouvait faire aucun doute.

L'alcoolisme ne peut pas davantage être invoqué comme cause de l'endartérite : la nature de la lésion révélée par l'examen histologique, et surtout la localisation de cette lésion, les autres artères demeurant saines, indiquent suffisamment qu'elle est sous la dépendance de la syphilis ; tout au plus pourrait-on accorder à l'alcoolisme, d'ailleurs peu accentué, du sujet le rôle de cause prédisposante.

Heubner (Leipzig 1874) considère l'artérite syphilitique comme rare avant la troisième semaine, il signale des cas où il s'est écoulé quatre, cinq et jusqu'à vingt ans, depuis le moment de l'infection ; une seule fois, les artères cérébrales ont été atteintes six mois après le début du mal.

Dans le cas de Brault (Société anatomique 1878), la mort subite par hémorragie eut lieu neuf mois après l'apparition du chancre.

Dans quatre observations de M. Lancereaux (Clinique de la Pitié, 1880, *Gaz. hebdom.*, 1882), il s'était écoulé plusieurs années entre le chancre infectant et l'apparition des symptômes cérébraux. Notons que, dans un de ces cas, la mort par ramollissement cérébral ne survint que dix ans après le début d'une céphalée qui résista à tout traitement.

La marche de la lésion a été remarquable au contraire par sa rapidité dans le cas qui fait le sujet de cette observation, puisque la céphalalgie ne s'installa définitivement qu'à la fin du mois de décembre et que, trois mois après, le calibre de l'artère basilaire progressivement rétréci se trouvait brusquement obstrué en totalité par une thrombose qui causait la mort au bout de quelques heures de coma, par suite de la suppression presque complète de la circulation cérébrale déjà progressivement réduite par les altérations signalées à l'origine des deux sylviennes.

Nous ferons remarquer en terminant que les lésions artérielles étaient à la fois oblitérantes et destructives ; qu'à côté du bourgeonnement de l'endartère qui a occasionné la thrombose, il y avait des points où la membrane élastique interne et la tunique moyenne complètement détruites avaient déjà permis la formation de petits anévrysmes en miniature, et que si la thrombose n'était pas survenue, le malade aurait pu succomber plus ou moins longtemps après à une hémorragie par rupture artérielle.

Digitized by Google

IV

OBSERVATION D'URTICAIRE PALUDIQUE.

Extrait d'un mémoire intitulé : NOTES CLINIQUES SUR QUELQUES INTOXICATIONS ET MALADIES CHRONIQUES OBSERVÉES DANS LE SERVICE DE M. LANCEREAUX, PAR O. GUELLIOT (*Gazette médicale de Paris*, 1883, p. 40.)

L. Clément, 39 ans, corroyeur, entré le 3 décembre, sorti le 26 décembre. Son père a eu des fièvres intermittentes : lui-même a contracté cette maladie en Afrique, il y a 24 ans, et, malgré l'emploi du sulfate de quinine, il a eu pendant deux mois des accès quotidiens ou tierces. En débarquant à Marseille, il est malade pendant quinze jours ; puis, le lendemain de son arrivée à Paris, il a de nouveaux accidents palustres qui persistent pendant plusieurs mois. De 1858 à 1876, la santé est parfaite ; en 1876, fièvre tierce pendant plusieurs mois ; nouvelle attaque avec douleurs articulaires en février 1880, et, en juillet 1881, les douleurs reparaissent au niveau des genoux et des poignets, cette fois sans fièvre. Les accès pour lesquels ce malade entre à l'hôpital ont commencé au mois d'octobre ; d'abord tierces, ils ont depuis pris le type quotidien.

Plusieurs fois nous sommes témoins de ces accès, qui débutent le plus souvent vers quatre ou cinq heures de l'après-midi. Après le frisson, il se fait une *éruption papuleuse*, occupant principalement le voisinage des articulations des membres : les papules, de volume très variable, donnent lieu à des picotements, à des démangeaisons désagréables ; elles ont absolument l'aspect des papules d'*urticaire* ; mais le sommet de chacune d'elles est occupé par une *tache rouge hémorragique ou ecchymotique*, de la largeur d'un grain de millet, d'une lentille ou davantage, qui persiste, tandis que l'élevure ortiée disparaît avec la fièvre. On peut ainsi apprécier le lendemain la place où siégeait la veille l'éruption papuleuse ; à chaque nouvel accès on voit des taches de purpura se montrer là où se forment de nouvelles élevures. En même temps, le malade souffre de douleurs au niveau des genoux et des poignets.

3 *décembre*. — Accès à 5 heures.

5 *décembre*. — Accès à 3 heures ; outre les symptômes précipités, on constate un gonflement douloureux et rouge de la bourse séreuse antérotulienne gauche.

6 *décembre*. — Tout a disparu, y compris l'*hygroma* ; sulfate de quinine 0 gr. 75. A 5 heures, accès ; l'éruption persiste pendant 3 heures.

7 *décembre*. — Sulfate de quinine, 0 gr. 75. Pas d'accès.

8 *décembre*. — Sulfate de quinine, à 8 heures, éruption sur les jambes, sans fièvre.

9 *décembre*. — Sulfate de quinine, 1 gramme.

Digitized by Google

10 *décembre.* — Le soir, éruption sans frisson.

11 *décembre.* — Douleurs vagues articulaires.

12 *décembre.* — Sulfate de quinine, 0 gr. 75, douleurs lancinantes dans les genoux et hygroma à droite, à 5 heures.

13 *décembre.* — Sulfate de quinine, 1 gramme. L'hygroma a disparu.

14 *décembre.* — 5 heures : sensation de froid ; 7 heures : éruptions d'urticaire presque généralisée, confluente à la racine des membres inférieurs ; 8 heures : stade de chaleur.

15 *décembre.* — Sulfate de quinine, 0 gr. 80.

Rien à noter du 15 au 20. Les taches pâlissent.

20 *décembre.* — A 5 heures, sans fièvre, éruption ; douleurs dans le genou et le poignet droits. Toute la face dorsale de celui-ci est tuméfiée et sensible ; la tuméfaction se propage le long des tendons extenseurs.

22 *décembre.* — Le gonflement du poignet a disparu. Quelques douleurs articulaires.

25 *décembre.* — Douches froides.

26 *décembre.* — Le malade demande sa sortie, il n'y a pas eu de nouvelle éruption et les taches ecchymotiques disparaissent peu à peu.

Digitized by Google

REVUE DE DERMATOLOGIE

I. — Des bacilles de la tuberculose dans le lupus de la conjonctive, par le Dr Pfeiffer. (*Berl. Klin. Wochensch*, juillet 1883.)

II. — Des bacilles de la tuberculose dans le lupus, par Douthelepont. (*Monatshefte für praktische dermatologie*, juin 1883.)

III. — Recherches sur l'inoculation du lupus, par le Dr Henri Leloir. (*Société de biologie*, 30 décembre 1882.)

IV. — Recherches expérimentales et histologiques sur la nature du lupus, par V. Cornil et H. Leloir. (*Société de Biologie*, 28 juillet 1883.)

I. — Le Dr Pfeiffer avait vainement essayé de démontrer la présence des bacilles de la tuberculose dans les proliférations lupeuses de la conjonctive. Cependant, convaincu de leur réalité, il procéda à de nouvelles recherches. Chez une jeune fille de 11 ans, atteinte depuis cinq ans de lupus de la conjonctive, il enleva des granulations. Des coupes très minces provenant du tissu frais préparées avec le microtome à congélation furent colorées avec de la fuchsine et du bleu de méthylène. Dans deux préparations sur huit, l'auteur trouva des bacilles de la tuberculose qui étaient disséminées dans l'une au nombre de six à huit dans une nodosité bien formée avec centre réticulaire, et dans l'autre au nombre de deux seulement.

Il est souvent arrivé à l'auteur dans ses recherches sur les nodosités lupeuses de trouver le réseau spécial au centre du tubercule. On le voit à un faible grossissement comme les ombres hachées d'une gravure sur cuivre. A un plus fort grossissement, on trouve un tissu trabéculaire, sans structure, grossier, en forme de réseau, et qui se colore d'une façon plus intense que le voisinage. Dans les mailles de ce réseau, on trouve encore des noyaux cellulaires disséminés. Au voisinage immédiat de ce centre, on n'obtient qu'une coloration incomplète des noyaux. Il existe une zone étroite de tissu enchevêtré, mais dans lequel est déjà indiquée la disposition réticulaire, mais en traits peu accusés. L'auteur est disposé à considérer cette structure trabéculaire comme une exsudation de matière fibreuse provenant des cellules, et le début de la dégénérescence caséeuse centrale.

Digitized by Google

II. — Le lupus est-il de nature tuberculeuse? Telle est la question actuelle; elle n'est pas encore complètement tranchée.

Friedländer considère les nodosités lupeuses comme des tubercules. C'est également l'opinion de quelques auteurs, mais d'autres la rejettent. Les inoculations de matière lupeuse (Cohnheim, Schüller, Hueter) n'ont pu encore complètement élucider cette question. Depuis la découverte des bacilles comme agents infectieux de la tuberculose par Koch, il s'agissait surtout, pour résoudre ce point litigieux, de rechercher s'il existait des bacilles dans le lupus. L'auteur a observé en 1880 un cas de lupus de la face et des membres; cette malade, d'ailleurs robuste, fut atteinte brusquement d'une méningite basilaire tuberculeuse et mourut huit jours après. A l'autopsie, on ne trouva que le lupus comme foyer infectieux.

Le Dr R. Demme (*Berl. Klin, Wochenschrift*, 1883, n° 15) a, dans trois cas de lupus, trouvé dans les nodosités quelques bacilles, la plupart dans des cellules géantes.

Au début, Doutrelepont enlevait avec la curette de petites nodosités lupeuses, dont il faisait des préparations sèches et les colorait d'après la méthode d'Ehrlich. Le résultat ne fut pas satisfaisant; on trouvait bien çà et là quelques bacilles présentant la réaction connue, mais ce n'était pas assez démonstratif. Il enleva alors des fragments de lupus, les fit durcir dans l'alcool absolu et pratiqua des coupes fines avec le microtome. On les colora d'après le procédé de Koch et on les examina dans le baume de Canada.

Dans sept cas de lupus, l'auteur a obtenu des résultats positifs. Dans cinq cas, la face était atteinte; dans un cas, la préparation provenait de la jambe d'un malade et la septième de la muqueuse de l'aile du nez. Les morceaux examinés n'étaient pas exulcérés.

Les bacilles étaient en nombre très variable dans ces différents cas. On trouva les bacilles en grande quantité dans un lupus de la joue droite chez une fille robuste. Le lupus s'était développé sur une cicatrice superficielle consécutive à une brûlure datant de l'enfance.

L'examen du tissu lupeux montra la présence de très nombreuses cellules géantes. Sur toutes les coupes de cette préparation on constata de nombreux bacilles. Dans les autres cas il ne s'en trouvait pas en si grande quantité. C'est dans un lupus non circonscrit de la joue qui avait été raclé auparavant et cicatrisé que le nombre des bacilles était le moins considérable. Une récidive l'obligea à enlever toute la peau malade sur l'étendue d'une pièce de 2 francs; dans les coupes pratiquées sur cette préparation les bacilles étaient réunis par trois à quatre en différents points. Dans les autres cas il fallait chercher longtemps pour trouver la place où étaient groupés les petits bâtonnets bleus. Les derniers malades

Digitized by Google

étaient aussi depuis longtemps en traitement ; on les avait raclés ou traités avec l'emplâtre hydrargyrique, et à l'examen microscopique il n'y avait que peu de cellules géantes.

Les bacilles se rencontrèrent le plus souvent intercellulaires, mais aussi enfoncés dans les cellules du lupus elles-mêmes ; ils étaient disséminés entre les cellules ou disposés par groupes de 10 à 12. L'auteur n'a pu en trouver dans les cellules géantes, mais ils étaient en assez grand nombre autour de ces cellules.

Dans un lupus de la lèvre inférieure, dans lequel la prolifération lupeuse s'étendait entre les muscles, il y avait des bacilles entre les muscles et dans le cas de lupus de la joue où les nodosités avaient atteint l'épiderme, on en trouva dans l'épaisseur du réseau de Malpighi entre les cellules. Dans les préparations provenant de la muqueuse de l'aile du nez, il y avait, outre quelques bacilles bleus de tuberculose, des bacilles d'une autre espèce qui avaient été couverts par la matière colorante ; ceux-ci étaient très nombreux et en partie enfoncés dans les cellules épithéliales elles-mêmes.

Suivant l'auteur, la méthode de Koch est la meilleure et la plus commode pour la démonstration des bacilles de la tuberculose ; il faut aussi avoir recours à une double coloration pour éviter toute cause d'erreur, comme Finkler et Eichler l'ont déjà indiqué.

La présence de bacilles de la tuberculose dans le lupus ainsi que l'identité de structure des nodosités lupeuses avec les tuberculeuses permet de considérer comme justifiée l'opinion que le lupus appartient aux maladies tuberculeuses.

Les cultures des bacilles du lupus et les inoculations avec des bacilles cultivés confirmeront sans doute ce jugement. Le Dr Eschbaum, assistant de la clinique, fait en ce moment des recherches en ce sens. A. Doyon.

III et IV. — Nous croyons devoir reproduire in extenso les récentes communications de MM. le professeur Cornil et Henri Leloir sur l'inoculabilité et la nature du lupus. Il est important que le lecteur ait sous les yeux les pièces du débat actuellement ouvert. L'intérêt des premiers résultats acquis n'échappera à personne, et cela d'autant plus que les premières expériences ci-dessous rapportées paraissaient moins encourageantes.

III. — Deux opinions contraires se trouvent en présence au point de vue de la nature du lupus.

Pour les uns, cette affection cutanée est une tuberculose locale. C'est l'opinion des anatomo-pathologistes allemands Friedlænder et Kœster, de M. le Dr Besnier. Le lupus présente, en effet (et j'y ai insisté suffisamment avec le Dr Vidal, dans une récente communication sur le lupus) la plus grande analo-

Digitized by Google

gie morphologique avec le tubercule (je veux parler du lupus tuberculeux).

Mais ces preuves simplement morphologiques sont-elles suffisantes? Un grand nombre de dermatologistes s'appuyant sur des faits cliniques nombreux (voir Vidal et Leloir, Société de Biologie, novembre 1882), se refusent à faire du lupus une tuberculose locale. Telle est l'opinion de MM. Hardy, Vidal, Pick, etc.

En présence d'opinions aussi contradictoires et aussi absolues (pour l'une ou l'autre desquelles je ne prends aucunement parti, je tiens à y insister), l'on a cherché la solution de la question dans l'expérimentation.

Les auteurs allemands (Kaposi, etc.), M. Kiener (Société médicale des hôpitaux, 1879), M. Vidal, et moi-même enfin (inoculation sous-cutanée du lupus sur 2 chiens et 6 cochons d'Inde en 1879, dans le laboratoire de pathologie expérimentale), nous avons en vain inoculé de différentes façons des produits lupeux sous la peau de différents animaux. Toujours les résultats obtenus ont été négatifs; jamais nous n'avons obtenu de tuberculose locale ou générale; jamais non plus nous n'avons reproduit le lupus au point inoculé Dans quelques cas, j'ai remarqué la formation d'un produit caséeux qui s'en kyste et finit par se résorber, là où j'avais inoculé sous la peau un morceau de lupus. (Mes huit animaux de 1879 ont été suivis pendant deux ans.)

Les récentes et belles recherches d'Hippolyte Martin, de Koch, de Cornil, ont démontré que lorsqu'on introduit dans la cavité péritonéale des animaux, en particulier des cobayes, des produits tuberculeux, il se produit d'une mamanière constante, pour ainsi dire, une tuberculose péritonéale débutant en général par la rate, généralisée le plus souvent au bout de 6 semaines, tuberculose péritonéale à laquelle succède au bout de 2 mois au plus une tuberculose pulmonaire des plus manifestes. J'ai pu moi-même vérifier ces faits sur des cobayes.

Je me suis donc dit que si le lupus est une véritable tuberculose locale, en me plaçant dans les mêmes conditions expérimentales que pour le tubercule, la réussite ou la non-réussite d'un nombre suffisant d'inoculations serait un argument capital au point de vue de la nature tuberculeuse ou non tuberculeuse du lupus.

J'ai donc institué dans les laboratoires d'anatomie pathologique et de pathologie expérimentale de la Faculté, ainsi qu'à l'hôpital Saint-Louis, une série d'expériences. Les produits lupeux qui m'ont servi de matériaux ont été recueillis pour la plupart dans le service de mon cher maître, M. le professeur Fournier.

Voici ma manière de procéder : J'excise sur un sujet atteint du lupus (biopsie) en pleine évolution et non traité, un morceau de peau de la grosseur presque d'un haricot. J'incise alors, d'après la méthode indiquée par H. Martin, sur la ligne médiane la paroi abdominale d'un cobaye sur une longueur de 1/2 centimètre. J'enfonce aussitôt le morceau excisé dans la cavité péritonéale, et je fais 2 ou 3 points de suture profonde (couche musculaire) et 2 ou 3 points de suture superficielle. L'animal est ensuite replacé dans la loge, et jamais jusqu'ici il n'est survenu de péritonite. Dans un seul cas un de mes cobayes est mort, 3 semaines après l'opération, d'obstruction intestinale causée par une péritonite adhésive au niveau du point opéré.

J'ai ainsi, depuis deux mois environ, inoculé une quinzaine de cochons d'Inde, tant avec du lupus tuberculeux qu'avec du lupus érytémateux. Trois

Digitized by Google

d'entre eux sont morts, le premier, d'obstruction intestinale, trois semaines après l'opération, le deuxième a été tué par moi six semaines après l'inoculation, et enfin le dernier est mort cinq semaines après l'opération, probablement d'indigestion.

Aucun de ces animaux n'a présenté dans aucun de ses organes, qui ont été examinés avec le plus grand soin, la moindre trace de tuberculose, que dis-je, la moindre trace de péritonite chronique. Il existait bien au niveau du point inoculé un noyau de péritonite adhésive englobant dans son épaisseur le produit d'inoculation représenté dans deux cas par une masse caséeuse molle, enkystée et en voie de résorption.

Dans quelques cas j'ai injecté, d'après le conseil de mon cher maître, M. Cornil, au moyen d'une seringue de Pravaz, dans la cavité péritonéale des animaux, des produits lupeux broyés dans une légère quantité d'eau distillée, additionnée d'un petit grain de chlorure de sodium. Jusqu'ici, à part les trois animaux précités et qui n'avaient pas été opérés d'après cette dernière méthode, aucun de mes cobayes n'est mort et tous paraissent être en excellente santé.

Qu'on me permette d'insister encore un peu sur les précautions à prendre au point de vue de cette méthode d'inoculation du lupus qui n'a été employée par personne pour le lupus, que je sache du moins.

Il faut :

1° S'assurer que le sujet lupeux sur lequel on recueille le produit d'inoculation est complètement indemne de toute tuberculose pulmonaire ou autre ;

2° Il faut s'entourer de toutes les précautions antiseptiques ordinaires;

3° Il faut, comme l'a fait justement remarquer H. Martin, ne jamais placer dans des cages contaminées ou à côté d'autres animaux tuberculeux des animaux mis en expérience;

4° Prendre du lupus non traité et en voie d'évolution.

Pour pratiquer mes inoculations, j'ai préféré de beaucoup le cobaye aux autres animaux, les lapins se tuberculisant, en effet, tantôt sans qu'on en sache trop pourquoi, ou dans d'autres cas, les effets de l'inoculation tuberculeuse tardant beaucoup à se montrer chez cet animal. Le singe possède un péritoine par trop sensible. C'est d'ailleurs un animal qui, dans nos pays, se tuberculise avec la plus grande facilité, est bien inférieur au cobaye pour ce genre de recherches. Le cobaye, au contraire, pour ce genre d'expérience, comme l'ont montré les recherches de H. Martin, Koch et Cornil, à propos du tubercule, est de beaucoup le meilleur animal, que l'on puisse employer. Il ne se tuberculise ni trop facilement, ni trop peu, et chez lui, l'inoculation tuberculeuse intra-péritonéale produit des produits manifestes au bout d'un à deux mois au maximum.

Je me garderai bien de tirer la moindre conclusion d'un aussi petit nombre d'expériences, attendant un plus grand nombre de résultats négatifs ou positifs. En effet, que les résultats obtenus soient négatifs ou positifs, il serait téméraire de conclure d'un aussi petit nombre de faits. Il faudrait d'ailleurs rejeter complètement tout résultat positif qui n'aurait pas été obtenu en s'entourant des précautions précitées. Il serait, en effet, impossible alors de lui appliquer cette phrase : « Qu'un seul fait positif est préférable à cent faits négatifs. »

En somme, je le répète, je ne prends actuellement parti ni pour l'une ni pour l'autre opinion, mais il se peut que mes nombreuses inoculations de lu-

Digitized by Google

pus pratiquées dans de meilleures conditions expérimentales, pourront devenir sous peu un argument sérieux au point de vue de cette affection.

IV. — Deux opinions contradictoires règnent actuellement dans la science sur la nature du lupus.

Pour les uns, cette affection est une tuberculose locale. Telle est l'opinion de Friedlænder, Kœster, Besnier, etc.

Pour les autres, au contraire (Hardy, Vidal, Pick, Baumgarten, etc.), le lupus est une affection qui ne présente avec la tuberculose que certaines analogies morphologiques.

Devant des opinions aussi différentes, nous avons eu recours à l'expérimentation et à la recherche des bacilles pour éclairer si possible cette question, et nous avons essayé de résoudre les questions suivantes :

1° Le lupus inoculé présente-t-il ce caractère majeur du tuberculome, c'est-à-dire de se reproduire et d'amener l'infection générale ?

2° Trouve-t-on dans le lupus le microbe qui, depuis les travaux de Koch, Baumgarten, etc., paraît être l'élément spécifique du tubercule, le bacille, en un mot ?

3° Si ce bacille existe, reproduit-il le tubercule quand on l'inocule après culture ?

Nous avons, par une série d'inoculations et d'examens histologiques, entrepris depuis 1882 (mais encore insuffisants certainement), essayé de résoudre les deux premiers termes de la question.

1° *Inoculations.* — Ces inoculations ont été faites à l'hôpital Saint-Louis, dans le service clinique du professeur Fournier.

Nous avons inoculé du lupus tuberculeux recueilli immédiatement sur le sujet vivant et indemne de toute autre manifestation tuberculeuse générale ou locale.

Nous avons aussi inoculéq uelques morceaux de lupus érythémato-acnéique.

Ces inoculations ont été pratiquées en s'entourant de toutes les précautions antiseptiques ordinaires. Quant aux animaux employés, ce sont surtout les cobayes. Nous avons eu surtout recours à l'inoculation intra-péritonéale déjà employée par l'un de nous à propos du lupus. (Leloir. Recherches sur l'inoculation du lupus. Société de biologie, décembre 1882).

Enfin nous avons aussi inoculé plusieurs lapins dans la chambre intérieure de l'œil avec des produits lupeux.

Tous les animaux inoculés ont été séparés par catégories dans les cages et baraquements parfaitement aménagés de M. le professeur Fournier. Ils s'y trouvent dans des conditions hygiéniques excellentes.

Chaque animal inoculé est enfermé dans une cage spéciale avec un animal témoin non inoculé. Les cages des animaux morts spontanément ou sacrifiés sont soigneusement flambées et lavées à l'acide phénique avant de recevoir de nouveaux occupants.

Nous avons jusqu'ici inoculé avec du lupus tuberculeux, introduit sous forme d'assez volumineux nodules dans la cavité péritonéale, 16 cobayes.

Deux cobayes ont été inoculés dans la cavité péritonéale avec du lupus érythémato-acnéique. — Chez tous, la cicatrisation de la paroi a été parfaite.

Quatre lapins ont été inoculés dans la chambre antérieure de l'œil avec de petits morceaux de lupus tuberculeux.

Digitized by Google

Jusqu'ici 10 cobayes inoculés avec du lupus tuberculeux sont morts spontanément ou ont été sacrifiés.

Sur ces 10 cas, nous avons obtenu trois inoculations positives (cas 6, 8 et 9).

Des deux cobayes inoculés avec du lupus érythémato-acnéique, l'un est mort spontanément de tuberculose miliaire aiguë généralisée des plus nettes. L'autre vit encore et paraît très bien portant.

De nos quatre lapins, qui vivent encore tous et dont 3 ont été inoculés le 30 mai, chez l'un on ne voit plus rien, chez l'autre on voit encore un petit point louche et lointain derrière la cornée. Chez le troisième, il y a eu fonte purulente de l'œil; chez le quatrième enfin (inoculé le 8 juin), il existe dans l'épaisseur de la cornée, et entre elle et l'iris, un tissu gris jaunâtre, en partie semi-transparent avec de petits îlots gris opaques. Ce néoplasme, qui s'est développé lentement aux dépens du petit nodule lupeux d'inoculation, a atteint actuellement le volume d'un haricot, est légèrement vascularisé sur ses bords et empiète un peu sur la conjonctive.

Quant aux cobayes inoculés avec du *lupus tuberculeux*, voici brièvement résumés les résultats obtenus chez eux :

N° 1 (négatif). Inoculé le 6 novembre 1882. Tué le 1er janvier 1883.

N° 2 (négatif). Inoculé le 16 novembre 1882. Mort le 7 décembre 1882 (mort d'indigestion).

N° 3 (négatif). Inoculé le 6 novembre 1882. Tué le 22 décembre.

N° 4 (négatif). Inoculé le 16 décembre 1882. Tué le 27 mars 1883.

N° 5 (négatif). Inoculé le 16 décembre 1882. Tué le 27 mars 1883.

N° 6 (*positif*). Inoculé le 23 décembre 1882. Tué le 2 juin 1883. Tuberculose miliaire généralisée de la rate, du foie, du péritoine, de l'épiploon, du pancréas, des poumons, etc. Ces tubercules contenaient une assez grande quantité de bacilles.

De deux cobayes inoculés le même jour avec un morceau de rate et de poumon tuberculeux, l'un meurt de tuberculose miliaire généralisée le 5 juillet 1883.

Un troisième cobaye, inoculé avec un morceau de la rate et de poumon tuberculeux du cobaye précédent est sacrifié le 27 juillet 1883. Tuberculose miliaire de la rate, du foie. Quelques tubercules dans le poumon.

Un quatrième cobaye a été inoculé le 27 juillet avec des morceaux de la rate et du foie tuberculeux du troisième cobaye. Il vit encore.

N° 7 (négatif). Inoculé le 7 avril. Tué le 25 juillet.

N° 8 (*positif*). Inoculé le 17 avril. Tué le 25 juillet.

Tuberculose miliaire aiguë généralisée de la rate, du foie et du poumon. Les tubercules pulmonaires contenaient de nombreux bacilles.

Une autre cobaye a été inoculé avec des portions de rate et de poumon tuberculeux.

N° 9 (*positif*). Inoculé le 28 avril 1883. Tué le 25 juillet.

Deux petits nodules miliaires jaunes dans la rate. Trois ganglions mésentériques sont gros comme de gros pois et en apparence tuberculeux.

L'examen histologique a montré que ces ganglions présentaient la structure des ganglions tuberculeux et contenaient des bacilles.

N° 10 (négatif). Inoculé le 5 juin 1883. Mort tué par les rats le 28 juillet.

1° *Lupus érythémato-acnéique* (*positif*). Inoculé le 29 décembre 1882. Mort spontanément le 28 février 1883. Tuberculose miliaire généralisée. Les tubercules ont été examinés au point de vue de la recherche des bacilles.

Digitized by Google

Bacilles. — Depuis Schuller, qui a décrit dans le lupus des microbes ronds qui ne sont vraisemblablement, d'après nos recherches, que des *Mast Zellen*, Pfeiffer, Doutrelepont et Demme ont rencontré dans le lupus des bacilles de la tuberculose :

Le premier, dans un lupus granuleux de la conjonctive ; le deuxième, dans un lupus de la face; le troisième a trouvé une grande quantité de bacilles dans un lupus de la joue.

Nous avons examiné de gros fragments de la peau enlevés chez onze malades atteints de lupus de différentes régions, et placés immédiatement dans l'alcool absolu. Les coupes ont été colorées par le procéde d'Ehrlich. Nous n'avons trouvé de bacilles que dans un de ces faits. Et encore n'avons-nous vu qu'un seul bacille sur douze coupes examinées. Nous devons ajouter que dans ce dernier cas le malade était manifestement tuberculeux, tandis que les dix autres ne présentaient pas de phénomènes de tuberculose pulmonaire.

Mais comme nous avons examiné seulement, dans les dix premiers faits, un petit nombre de coupes de chacun d'eux, nous examinerons de nouveau des coupes de ces mêmes pièces, afin de nous assurer s'il y a, oui ou non, des bacilles dans ces lupus.

Ce que nous pouvons affirmer en tout cas, c'est que, si les bacilles existent dans le lupus, ils sont *extrêment rares.*

Nous pouvons rapprocher de ce résultat la grande inconstance de la réussite des inoculations, la longue période qui s'écoule entre l'apparition des tubercules et la date de l'inoculation dans les cas positifs, contrairement à ce qui se passe dans la tuberculose vraie. Si donc le lupus est une tuberculose locale, c'est en tout cas une *tuberculose très atténuée.*

Voici, d'après la *Semaine médicale* (n° 32, 1883), le compte rendu de la discussion soulevée à la Société de biologie par la communication de MM. Cornil et Leloir :

M. *Bert.* Il serait intéressant de savoir si les cobayes chez lesquels l'inoculation a été négative, n'ont pas été vaccinés par rapport à la tuberculose.

M. *Cornil.* Parfaitement ; aussi avons-nous conservé plusieurs de ces cochons d'Inde, et nous proposons-nous de les inoculer de nouveau avec les produits de la tuberculose la plus virulente.

M. *Malassez.* J'ai fait également avec M. Vignal des recherches sur cette question, et j'avoue que je n'ai jamais trouvé de bacilles dans les fragments du lupus que j'ai examinés.

Les inoculations de fragments de lupus dans la chambre antérieure de l'œil des lapins, n'ont produit aucun résultat.

M. *Grancher.* Les expériences de M. Cornil sur le lupus me paraissent tout à fait comparables à celles de M. Pasteur sur le charbon ; il résulte, en effet, de ces dernières, que l'inoculation d'une quantité infinitésimale de bactérie charbonneuse peut donner lieu à la production du charbon, mais ce charbon évolue beaucoup plus lentement que celui qui est produit par l'inoculation d'une quantité plus considérable de bactéries. La même chose se produit pour le lupus, d'après les expériences de M. Cornil : le lupus pourrait donc être considéré comme une forme atténuée de tuberculose.

Digitized by Google

C'est là, il me semble, une nouvelle preuve de l'identité de nature de la scrofule et de la tuberculose.

La scrofule, en un mot, ou du moins ses manifestations principales, telles que le lupus, les adénopathies, etc., etc., ne seraient qu'une variété de tuberculose à évolution spéciale. Quant à la vaccination de la tuberculose, elle me semble peu probable.

M. *Vidal*. Je ne saurais accepter, au point de vue clinique, l'assimilation que l'on veut établir entre le lupus et la tuberculose; il y a entre les ulcérations du lupus et les ulcérations tuberculeuses principalement sur les muqueuses, des différences trop tranchées, pour que je puisse admettre une identité de nature entre ces deux processus pathologiques.

M. *Cornil*. Je crois qu'actuellement les éléments nons manquent pour formuler un jugement définitif sur cette question et qu'il est plus sage d'attendre. Il me semble, cependant, qu'il est permis d'espérer que les inoculations de lupus pourront servir de vaccin contre la tuberculose. Il n'est pas nécessaire pour cela qu'il y ait identité de nature entre les deux affections. La vaccine est loin, en effet, d'être une maladie identique à la variole, et pourtant son action préventive est incontestable. Il peut donc en être de même du lupus par rapport à la tuberculose.

M. *Bert*. Cette hypothèse me paraît très vraisemblable. — De quoi s'agit-il, en effet, dans toutes ces inoculations virulentes ? d'une lutte entre l'anima et l'élément virulent. Cette lutte peut se terminer de deux façons, ou bien par la mort rapide de l'animal, c'est le triomphe du microbe ; ou par la survie de l'animal, et alors de deux choses l'une : ou le microbe a été détruit très rapidement, il n'y a pour ainsi dire pas de lutte, et partant pas de vaccination ; ou bien le microbe ne meurt qu'au bout d'un certain temps, après avoir déterminé quelques accidents, et dans ce cas, l'animal peut être considéré comme vacciné. En tous cas, ce n'est que par des expériences, comme celles de M. Cornil, que la question pourra être résolue.

V. — De l'erythème polymorphe exsudatif ou maladie d'Hebra, par P. Fabre (*Gazette médicale de Paris*. 1882.)

VI. — Note sur un cas d'erythème scarlatiniforme survenu dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, par Hallopeau et Tuffier. — (*Société médicale des hopitaux* et *Union médicale*, 1882.)

VII. — L'érythème noueux fébrile et ses complications, par Edouard Rondot (Brochure in-8°, chez J.-B. Baillière, 1883).

VIII. — Des complications pleuro-pulmonaires de l'érythème noueux, par Ch. Talamon (*Progrès médical*, n°s 15 et 16, 1883).

V. — La mémoire de M. Fabre est une intéressante contribution à l'étude de cette singulière dermatose. L'auteur rapporte plusieurs observations détaillées qui lui permettent de passer rapidement sur la symptomatologie de l'affection; mais il est à regretter que ce chapitre n'ait

Digitized by Google

pas été plus détaillé. Il nous semble, en effet, que les diverses formes de l'érythème méritent une description spéciale: la forme bulleuse et la forme érythémateuse simple n'affectent pas la même marche, ne comportent pas la même durée dans les cas habituels, et nous nous attendions à voir ces questions traitées ici. Dans le même chapitre, nous relèverons encore un autre point: l'auteur donne pour caractère pathognomonique de l'érythème polymorphe la localisation de l'éruption, au moins dès le début, sur les extrémités des membres. Que cette localisation soit très fréquente, nous n'y contredirons pas; mais de là à en faire un caractère pathognomonique de l'érythème polymorphe, il nous paraît y avoir une certaine distance, et l'on peut voir des cas de l'éruption en question laissant absolument indemnes les extrémités des membres pendant toutes leur durée.

Relativement à l'étiologie, M. Fabre rappelle le rôle des troubles menstruels, du rhumatisme, de la prédisposition individuelle, et finit par conclure qu'il faut incriminer surtout un état passager de misère organique et la débilitation générale de l'économie. Cette cause nous paraît également résulter des observations contenues dans ce mémoire; mais nous croyons qu'une telle influence ne joue ici qu'un rôle purement occasionnel, comme celles qui ont été rappelées plus haut, et que, dans la formule étiologique de l'érythème polymorphe, il faudrait faire intervenir plus nettement l'influence de la prédisposition, qui est généralement adoptée en France, et qui se dégage évidemment de plusieurs des observations de M. Fabre.

L'auteur se propose ensuite de déterminer les limites de l'affection; il y fait rentrer à juste titre les érythèmes papuleux, vésiculeux, bulleux, iris, annulaire des anciens dermatologistes. Il lui rapporte également le pemphigus aigu; mais ici nous avons à signaler une omission: le pemphigus aigu des nouveau-nés ne rentre pas dans l'érythème polymorphe et il eût été bon de séparer cette forme de pemphigus des éruptions pemphigoïdes qui font véritablement partie de l'érythème polymorphe. A propos des hydroa, M. Fabre les rapporte pour la plupart à cette même dermatose et nous semble être dans le vrai lorsqu'il met de côté l'hydroa bulleux de Bazin, qui est précédé d'un prurit très intense et qui, ajouterons nous, se développe sur la peau saine sans avoir été précédé de taches érythémateuses comme les éruptions bulleuses de l'érythème polymorphe. L'herpès nous semble, au contraire, bien distinct, et nous ne voudrions pas le comprendre dans l'érythème polymorphe, parce qu'il peut se montrer dans son cours, comme dans le cours de toute affection fébrile. Les réserves que l'auteur fait au sujet de l'assimilation à l'érythème polymorphe de l'acrodynie des engelures, de certaines tournioles, de l'asphyxie locale des extrémités, nous semblent plus que justifiées, et

Digitized by Google

pour cette dernière affection, nous ne voudrions pas baser une analogie avec l'érythème polymorphe sur ce fait que, dans ce dernier, il y a parfois un certain degré d'algidité des mains et des pieds : notre excellent maître, M. Ern. Besnier, nous a en effet souvent fait constater l'élévation de la température locale au niveau d'éruptions de ce genre présentant une coloration violacée qui semblait indiquer une algidité manifeste.

Enfin, M. Fabre distingue nettement de l'érythème polymorphe l'urticaire et l'érythème noueux : pour ce dernier, l'abscence de manifestations cutanées concomitantes autres que les nodosités et l'existence de douleurs dans les jambes, indiquant une origine rhumatismale, ne suffisent peut-être pas à se prononcer; mais l'étendue que nous avons déjà donnée à cette analyse nous force à nous arrêter.

Un point, cependant, nous semble encore mériter un instant l'attention : M. Fabre, pour rendre hommage au dermatologiste viennois qui a le premier constitué le groupe naturel de l'érythème noueux, propose de désigner l'érythéme polymorphe exsudatif sous le nom de maladie de Hébra : cet hommage est parfaitement légitime; mais la dénomination proposée ne nous semble pas absolument juste : pourquoi l'appliquerait-on plutôt à l'érythème polymorphe qu'au pityriasis rubra ou au prurigo? Décrites, délimitées toutes trois par Hebra, ces trois affections sont désignées par leurs caractères particuliers; les dermatologistes savent bien à qui ils en doivent la connaissance exacte. Le nom de maladie de Hébra appliqué à l'une d'elles ne servirait, croyons-nous, qu'à en accroître inutilement la synonymie et, particulièrement en dermatologie, où la synonymie est déjà si compliquée, une nouvelle dénomination ne doit avoir pour but que d'appliquer à une affection bien déterminée une qualification symptomatique ou anatomique qui en rappelle les caractères propres. GEORGES THIBIERGE.

VI. — Un homme de 57 ans fut atteint une première fois d'un rhumatisme articulaire aigu, à la fin duquel survint un érythème généralisé suivi, au bout de quatre jours, d'une desquamation très abondante qui dura quinze jours.

Quatre ans plus tard, deux poussées subintrantes de rhumatisme articulaire aigu rapidement amendées par le salicylate de soude. Alors que la deuxième poussée commençait à s'apaiser, desquamation légère sur le front et, cinq jours plus tard, frissons légers et fièvre, puis rougeur scarlatiniforme généralisée. Dès le lendemain, cette rougeur diminue; mais elle reparaît généralisée au bout de quatre jours. La desquamation, sous formes d'écailles plus ou moins larges, imbriquées par places, se produit le septième jour de l'éruption et devient énorme les jours suivants. Pendant le cours de cette desquamation, surviennent une congestion pulmonaire, de l'albuminurie, puis une péricardite : pendant le cours de ces complications, la desquamation devient moins abondante, mais persiste jusqu'à la mort, arrivée au dix-neuvième

Digitized by Google

jour de l'éruption. — A l'autopsie, les fragments de peau examinés au microscope montrent une hypertrophie considérable de la couche cornée et, seulement par places, l'infiltration embryonnaire du derme. Les nerfs sont sains.

Les auteurs, vu la coïncidence, à deux reprises différentes chez le même sujet, de cet érythème sarlatiniforme avec une attaque de rhumatisme, concluent qu'il ne peut y avoir de doute sur la relation à établir dans ce cas entre les deux affections et en rapprochent ce fait, qu'on rencontre souvent des antécédents de rhumatisme articulaire aigu chez des sujets atteints d'érythème scarlatiniforme.

Mais, comme l'a fait remarquer M. Ern. Besnier dans la discussion qui a suivi cette présentation, l'érythème scarlatiniforme peut se montrer à la suite d'affections très diverses, autres que le rhumatisme. Pour admettre qu'il n'y a pas coïncidence et que le rhumatisme agit en tant que rhumatisme, il faudrait constater un balancement entre l'éruption et le *rhumatisme*. GEORGES THIBIERGE.

VII. — Dans une intéressante monographie, M. Rondot étudie l'érythème noueux fébrile en tant que maladie générale se présentant avec toutes les allures d'une fièvre exanthématique. Cette conception l'a conduit à rechercher les caractères du type fébrile par la comparaison de plusieurs courbes thermométriques qu'il a pu réunir ; malheureusement les matériaux de ce genre sont peu nombreux et il serait à souhaiter, comme le dit l'auteur, qu'on recueillît un certain nombre d'observations complètes avec températures régulièrement prises. D'après les cas publiés et deux faits personnels, M. Rondot conclut dès à présent que le type fébrile de l'érythème noueux ne ressemble à aucun autre et présente deux modalités, suivant que l'exanthème est ou non accompagné de manifestations viscérales. Quand celles-ci font défaut, les choses se passent de la manière suivante. Après une fièvre prodromique dont les caractères et la durée n'ont pas encore été déterminés, faute d'observations recueillies en temps opportun, l'éruption paraît, mais, à ce moment loin de baisser, la température semble présenter son fastigium et pendant 2 à 3 jours, l'élévation thermique reste à peu près stationnaire, le thermomètre marquant de 39° à 40° avec une très légère défervescence matinale. Du 3e au 4e jour, la température tombe aux environs de 38° et après de légères mais régulières oscillations, elle revient à la normale vers le 6e jour. Les poussées ultérieures de l'éruption, s'il s'en produit, sont habituellement annoncées par une légère ascension vespérale qui précède d'une demi-journée environ l'apparition de l'érythème noueux.

Au lieu de cette fièvre de durée relativement courte et en deux stades, l'érythème noueux avec complications viscérales est accompagné d'une

Digitized by Google

fièvre à type continu; dans ce cas, la température oscille pendant 15 à 20 jours aux environs de 39°, puis décroît régulièrement en lysis, rappelant quelque peu ce qui se passe dans la fièvre typhoïde. D'après l'étude attentive des courbes, M. Rondot conclut que les accidents viscéraux sont sans influence marquée sur les allures du mouvement fébrile, ce qui revient à dire que la continuité et la longue durée de la fièvre sont attribuables uniquement à ce *quid ignotum* qui constitue les formes bénigne et grave de la maladie. Le pouls ne suit pas d'une manière constante les oscillations de la température, et c'est en se basant sur sa fréquence souvent normale le matin malgré une température de 39°, que plusieurs auteurs ont conclu à l'apyrexie de l'érythème noueux.

Que signifie cette fièvre et comment l'interpréter? Elle n'est pas un élément nouveau dans le débat toujours ouvert sur la nature de l'érythème noueux, puisque les médecins français depuis Rayer, Bouilland, Bazin, Trousseau, Hardy y attachent une grande importance.

M. Rondot semble abandonner la tradition de Rayer, qui considérait l'érythème noueux comme la manifestation locale d'une fièvre rhumatismale, de Bazin, qui en faisait un pseudo-exanthème arthritique. Avec Trousseau, il affirme sa nature spécifique, et, sans nier absolument ses connexions avec le rhumatisme, il érige l'érythème noueux fébrile en une maladie autonome très voisine des fièvres éruptives. C'est là une question de doctrine qui ne peut être résolue que par l'étude approfondie d'un grand nombre de faits et les coïncidences entre l'érythème noueux et le rhumatisme déjà signalés par Bouillaud sont trop fréquentes pour qu'il n'y ait pas lieu d'en tenir compte.

Indépendemment des antécédents ou des coïncidences, les douleurs qui précèdent et accompagnent l'érythème noueux ont été invoqués à l'appui de sa nature rhumatismale. M. Rondot, les analysant avec soin, montre qu'elles sont de divers ordres. En première ligne, il cite l'hyperalgésie cutanée dans les points envahis par l'éruption, puis les douleurs au niveau des articulations et des gaines tendineuses, enfin la rachialgie et les douleurs névralgiques des membres inférieurs. Ces dernières bien étudiées par M. Testut et considérées par lui comme un témoignage à l'appui d'un trouble primordial de l'axe médullaire, sont loin d'être constantes. Quant aux douleurs articulaires et tendineuses quelquefois mais rarement accompagnées de phénomènes inflammatoires évidents du côté des synoviales, M. Rondot les attribue à des poussées fluxionnaires du côté des séreuses comparables à celles qui se font du côté de la peau. Le processus serait identique et, dès lors, le rhumatisme n'aurait rien à y voir.

Même explication en ce qui concerne les complications viscérales, pour l'endocardite d'abord, la plus fréquente de toutes, dont les rapports avec

Digitized by Google

l'erythème noueux sans l'intermédiaire du rhumatisme sont établis et admis depuis la première observation de Gubler (1859) et la classique leçon de Trousseau. Le plus souvent insidieuse dans son apparition et sa marche, l'endocardite de l'érythème noueux occupe l'orifice mitral et semble disparaître avec les symptômes de la maladie générale. Quant à la persistance possible de la lésion endocardique, à son passage à l'état chronique sous forme d'affection organique, nous ne savons rien, les matériaux faisant absolument défaut. M. Rondot signale judicieusement comme point de diagnostic délicat la coïncidence d'un souffle de la pointe dû à l'endocardite et d'un souffle de la base lié à l'anémie très marquée et très persistante à la suite de l'érythème noueux. Enfin, passant en revue les opinions émises sur la pathogénie de la complication cardiaque, il ne signale que pour la rejeter la singulière hypothèse de Bohn qui considère l'endocardite comme l'affection primitive et les lésions cutanées comme des foyers emboliques d'origine valvulaire ; l'érythème et la phlegmasie endocardique sont des manifestations souvent contemporaines et certainement indépendantes d'une même cause. M. Rondot, malgré les antécédents rhumatismaux avoués dans un grand nombre de cas, ne cherche pas dans le rhumatisme le principe de l'affection, et soupçonne quelque germe infectieux tenant à la fois sous sa dépendance l'érythème, les accidents *pseudo-rhumatismaux*, l'endocardite et les autres complications que nous ne pouvons que nommer par ordre de fréquence pour ne pas donner trop d'étendue à cette analyse : la pleurésie, la bronchite, la pneumonie, la péricardite, l'abuminurie, enfin l'erythème noueux des muqueuses.

Pour terminer, l'auteur appelle l'attention sur deux faits qui achèvent de démontrer que l'érythème noueux fébrile primitif ne se borne pas à une simple maladie cutanée : c'est d'une part, la longueur de la convalescence que Trousseau comparait à celle qui peut suivre les fièvres putrides, c'est d'autre part une anémie très prononcée et peut-être une leucocytose passagère, ainsi que M. Rondot l'a observé une fois.

On le voit, il s'agit d'un travail consciencieux et important. Une critique, cependant, nous paraît légitime. Pourquoi séparer l'érythème noueux de l'érythème polymorphe qui plus souvent encore se présente avec l'appareil fébrile et le cortège de complications viscérales si bien analysées par M. Rondot ? La nodosité n'est ainsi que l'enseigne M. Ernest Besnier, qu'une modalité de l'érythème en rapport avec son siège et certaines conditions de son développement, mais qui ne mérite pas une place à part dans le cadre nosologique. P. M.

VIII. — Un cas d'érythème noueux, avec bronchopneumonie, pleurésie fibrineuse et suivi de mort, a fourni à M. Talamon le sujet d'une excel-

Digitized by Google

lente notice sur les complications pleuro-pulmonaires de cette maladie. Voici, tout d'abord, le résumé de l'observation :

Homme de 45 ans, sans antécédents de syphilis ni de rhumatisme, non alcoolique, mais sujet à s'enrhumer depuis 3 ou 4 ans. Pris le 18 mars d'un fort rhume avec état général, il garde le lit jusqu'au 25, puis essaie de reprendre son travail, malgré la persistance de malaise avec toux et douleur de gorge. Le 2 avril, il est obligé de s'aliter de nouveau; faiblesse générale, douleurs vagues dans les jambes, persistance de la toux avec expectoration muco-purulente assez abondante : un peu de fièvre le soir. Le 3 et le 4, éruption de plaques rouges d'abord sur les fesses, puis sur la face antérieure des cuisses, autour du genou et sur la face interne des deux jambes.

A l'entrée du malade dans le service de M. Germain Sée, le 7 avril, on constate un érythème noueux très intense et très abondant, mais uniquement localisé aux fesses et aux membres inférieurs. Le malade accuse une sensation de cuisson, de brûlure au niveau de l'éruption. Il se plaint, en outre, de douleurs vives dans les deux genoux et dans les cou-de-pieds; mais il n'existe aucune apparence de gonflement articulaire. Douleurs du côté de la gorge, dysphasie, rougeur des piliers et de la luette. Toux fréquente et crachats muco-purulents peu abondants. Râles ronflants disséminés dans les deux poumons. Rien au cœur. Langue sale. Température à 38°,6. Le malade est très affaibli; son facies exprime un affaissement hors de proportion avec les symptômes observés.

Le 8 avril, apparition de nouvelles poussées sur la face interne de la jambe gauche. Température matin 38°; soir, 38°,8.

9 avril. Température matin, 38°,2 ; soir, 39°.

10 avril. Température matin, 38°,4 ; les larges placards des fesses et des cuisses s'affaissent et prennent une teinte jaunâtre. Dans l'après-midi, le malade se plaint de frissonnements répétés et d'une douleur dans le côté droit. On n'entend, à l'auscultation, que des râles ronflants et muqueux, mais la température est montée à 40°. Le soir, la respiration est plus fréquente et plus gênée.

11 avril. Température matin, 40°. Submatité à la partie moyenne du poumon droit; dans la fosse sous-épineuse, souffle bronchique profond, accompagné de râles sous-crépitants assez fins. Les plaques d'érythème continuent à s'affaisser. Traitement : ventouses scarifiées; 200 grammes de rhum dans un litre de tisane. Température soir, 40°,6.

12 avril. Température matin, 40°,2. Submatité et augmentation des vibrations vocales dans la partie inférieure du poumon droit, en arrière. Souffle bronchique et bronchophonie dans la fosse sous-épineuse, bouffées de râles crépitants dans l'aisselle. A gauche, râles de bronchite. Crachats toujours muco-purulents. Température soir, 40°,6.

13 avril. Matité et souffle bronchique presque tubaire, dans toute la moitié inférieure du poumon droit, avec râles crépitants et sous-crépitants, au moment des quintes de toux. Expectoration toujours muco-purulente, sans crachats sanglants ni rouillés. Température matin 38°,4; température soir, 40°,4.

14 avril. Température matin, 38°,2. Dans la nuit, violente douleur dans le côté droit, avec oppression considérable et extrême angoisse. Le matin, facies anxieux grippé, dyspnée intense, douleur excessive dans tout le côté droit. A l'auscultation, silence complet dans la moitié inférieure du poumon

Digitized by Google

droit; c'est à peine si dans la partie supérieure, on perçoit une respiration affaiblie et un peu soufflante. A gauche, quelques ronchus. Température soir, 40°,2.

15 avril. Température matin, 39°,6. La percussion donne une matité complète, en bas et à droite, une submatité notable sous la clavicule. Affaiblissement très marqué des vibrations vocales primitivement exagérées. Sous la clavicule, foyer de râles crépitants secs. Tout à fait à la base, en arrière, souffle pleurétique avec égophonie. Expectoration muco-purulente. Urines foncées, donnant par la chaleur et l'acide nitrique un précipité abondant d'albumine rétractile. Température soir, 40°,4.

16 avril. Température matin, 39°,4. Râles crépitants et souffle bronchique sous la clavicule droite. Souffle tubaire intense dans l'aisselle. En arrière, signes d'épanchement pleurétique. L'érythème des membres inférieurs a disparu presque complètement. Température soir, 40°,2.

17 avril. Sous la clavicule droite, silence absolu de la respiration et matité de bois. Dans l'aisselle et en arrière, souffle intense tubaire superficiel jusque vers l'épine de l'omoplate. Température matin, 39°,8; soir, 40°.

18 avril. Mêmes signes. Température matin, 38°,8; soir, 40°,6.

19 avril. 38°,8; 40°.

20 avril. 38°; 40°.

21 avril. Température matin, 38°,8. Matité absolue et absence de toute vibration vocale dans toute l'étendue du poumon droit; en avant et en ar-arrière, souffle tubaire superficiel aussi bien au sommet qu'à la base. Égophonie dans l'aisselle. Expectoration mucopu-rulente peu abondante. Température soir, 40°.

22 avril. Température matin, 37°,8; température soir, 39°,8.

23 avril. Température matin, 37°,6; soir, 40°.

24 avril. Température matin, 37,°8. Les signes physiques sont les mêmes. Frottements secs, fins, vers l'épine de l'omoplate et vers la ligne axillaire. Il ne reste plus trace de l'éruption érythémateuse des membres inférieurs. Température soir, 40°,4.

25 avril. 37°,8; 39°,8. Affaissement progressif; diarrhée avec ballonnement du ventre.

20 avril. 37°,6; 39°,8. Mort dans la nuit.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax, il s'écoule de la plèvre droite une petite quantité de liquide séreux et floconneux. Toute la plèvre costale, diaphragmatique et pulmonaire est tapissée par une épaisse couche de fibrine. Cet exsudat fibrineux est remarquable par son épaisseur et sa densité; en certains points, il a quatre centimètres d'épaisseur et sa consistance est lardacée. Le poumon est noirâtre et atélectasié, plonge au fond du vase.

Cœur sain. Foie et reins congestionnés. Rate de volume normal, mais friable et lie de vin.

Nous avons tenu à reproduire aussi complétement que possible, l'observation de M. Talamon qui attache un grand intérêt à la marche de cette pleurésie. Qu'on admette ou non, dit-il, l'existence d'une pneumonie ou d'une bronchopneumonie sous-jacente, on peut remarquer que la

Digitized by Google

pleurésie s'est développée en trois foyers successifs. Le premier, le 11 avril, au niveau de la fosse sous-épineuse ; le second, le 14, sur la plèvre diaphragmatique ; le dernier, enfin le 15, sous la clavicule. Ne semble-t-il pas, ajoute-t-il, qu'il se soit fait sur la plèvre trois plaques d'exsudat érythémateux semblables aux plaques noueuses du derme, et que ces plaques pleurales, d'abord distinctes, se soient confondues en s'étendant pour former l'épaisse couche fibrineuse constatée à l'autopsie ?

Cette ingénieuse assimilation est peut-être prématurée et, dans ce cas particulier, la marche incontestablement migratrice de la pleuro-pneumonie n'a rien en somme qui soit exceptionnel. M. Talamon, du reste, dit lui-même que l'évolution a été celle de la *pneumonia migrans* des Allemands. La coïncidence des accidents pleuro-pulmonaires et de l'érythème noueux n'en est pas moins remarquable, et plusieurs observations empruntées aux auteurs et ajoutées à la sienne, conduisent M. Talamon à cette conclusion que la pleurésie est une complication fréquente de cette variété d'érythème. M. Rondot, de son côté, tout en considérant qu'elle est de moitié moins fréquente que l'endocardite, la place immédiatement après cette cardiopathie, dans la hiérarchie des manifestations viscérales de la maladie.

M. Talamon se demande, en terminant, de quelle nature sont ces accidents pleuro-pulmonaires, ce qui le conduit naturellement à donner son opinion sur la nature de l'érythème noueux. Il reproduit sur ce point les arguments de son maître, M. le professeur Sée, qui l'un des premiers a énergiquement combattu l'origine rhumatismale de l'affection. C'est pour lui, comme pour M. Rondot, une fièvre spécifique, analogue aux fièvres éruptives, bénigne en général, mais pouvant, comme elles, se compliquer d'accidents viscéraux et particulièrement d'accidents thoraciques. Nous le disions tout à l'heure, sur la question de nature de l'érythème noueux, le débat n'est pas clos. La fréquence de l'affection chez les rhumatisants n'est pas contestable ; y a t-il coïncidence, prédisposition, ou relation directe, c'est ce que l'on ne saurait dire. M. Talamon concède au rhumatisme l'erythème papuleux et certains érythèmes hybrides papulo-noueux, mais lui dénie toute intervention directe ou indirecte dans l'érythème noueux. Or, il paraît aujourd'hui bien démontré que, comme l'érythème papuleux, l'érythème noueux ne constitue qu'une variété de l'érythème multiforme ; mais, ainsi que le font justement remarquer MM. Ernest Besnier et Doyon (note à la traduction de Kaposi, I, 380), « les variétés noueuses de l'érythème multiforme sont des plus remarquables par l'intensité de l'affection, sa durée, la répétition des actes éruptifs, non moins que par la multiplicité des manifestations diverses (appelées improprement complications) du processus érythémateux sur divers organes ou tissus. »

P. MERKLEN.

Digitized by Google

IX. — Considérations sur l'eczéma, par le Dr E.-B. Bronson. (Note lue à l'Académie de médecine de New-York, le 18 janvier 1883.) (*The medical Record*, 27 janvier 1883, p. 63).

X. — Épidémie d'impétigo contagiosa, par Wooster Beach. (*The medical Record*, 20 janvier 1883, p. 104).

IX. — L'auteur pense que l'épiderme joue un rôle tout aussi important que le stratum vasculaire sous-jacent dans la production de l'eczéma. Il est primitivement atteint, et les cellules épidermiques subissent des altérations tout à fait indépendantes de celles des autres tissus, qui, à la vérité, se prennent ensuite bien vite. Pour justifier cette opinion, l'auteur rappelle qu'on a démontré tout récemment qu'il existe des nerfs dans l'épiderme tout aussi bien que dans la couche papillaire. L'envahissement de l'épiderme par l'eczéma s'accompagne de troubles de la sensibilité et d'altérations trophiques. Ces dernières altérations sont sous la dépendance des nerfs épidermiques, et le prurit est probablement dû aux modifications qu'ils ont subies. Mais l'auteur reconnaît que l'on ne sait encore que peu de chose sur l'anatomie pathologique des nerfs de l'épiderme dans l'eczéma.

Les indications thérapeutiques sont de calmer l'irritation et d'aider à la réparation. L'eczéma à l'état aigu est traité avec avantage par les applications humides; les lotions peuvent tenir en suspension des poudres ou certaines substances chimiques telles que les astringents faibles et les alcalins. Parfois, il est utile de se servir de glycérine diluée; la glycérine non diluée agit comme un irritant. Les applications humides, pour être plus efficaces, doivent être continuelles et abondantes. Un peu plus tard, on doit se servir d'émulsions, et un peu plus tard encore de pommades. Les préparations de zinc sont les meilleures quand il y a indication de protéger les parties malades. Les pommades sont contre-indiquées dans les premières périodes et quand il y a des érosions assez nombreuses avec beaucoup de suintement.

Les plus importants des agents modificateurs sont les alcalins, qui ont une influence sédative sur les nerfs sensitifs. Dans les vieux eczémas, ce sont les savons forts de potasse qui sont indiqués, les savons doux le sont, au contraire, dans les cas moins rebelles. Dans l'eczéma squameux, c'est le traitement par le savon qui est le plus efficace, et il est rare que l'on soit obligé de recourir à une préparation alcaline plus violente. L'eau chaude est fort utile pour modérer le prurit : elle remplace les démangeaisons par une sensation de cuisson. L'auteur parle ensuite de l'emploi de l'acide phénique, du goudron, etc... Dans le stade d'exsudation active, le goudron est contre-indiqué. Les mercuriaux sont surtout efficaces dans

Digitized by Google

les périodes tardives, alors que la peau n'est plus enflammée d'une manière aiguë, mais est épaissie et infiltrée d'éléments nombreux provenant des processus irritatifs qu'elle a subis.

Quant à la médication interne, elle pourrait être pour l'auteur de quelque utilité en diminuant l'irritation réflexe, en exerçant un effet tonique général, et en favorisant l'action des remèdes locaux. Mais l'eczéma n'est pour lui qu'une maladie purement locale, et le traitement le plus rationnel que l'on puisse faire doit être dirigé contre la lésion même de la peau. L. BROCQ.

X. — L'auteur raconte qu'il y a un mois on lui amena au Northeastern dispensary un enfant qui présentait sur le mollet deux ou trois taches particulières paraissant être les vestiges de pustules superficielles. Deux semaines après, il vint deux autres enfants ayant des lésions identiques, mais portant en outre de nombreuses pustules suffisamment marquées pour lui faire poser le diagnostic d'impetigo contagiosa. Bientôt après, trois autres malades affectés de la même maladie furent encore conduits au dispensaire; ils venaient de l'établissement de Steinway, près d'Astoria, et ils racontèrent qu'en cet endroit 40 ou 50 personnes avaient été atteintes de cette éruption. L'auteur s'y rendit aussitôt; mais il fut assez malheureux pour ne plus trouver ces malades, qui s'étaient dispersés depuis quelque temps à la suite d'une grève. Il donne toutefois les observations détaillées de ceux qu'il a pu observer.

Cas I. — Willis B..., 3 ans. Une semaine environ avant l'apparition de la maladie, il aurait embrassé un petit camarade dont la figure était écorchée. Il porte sur le menton deux plaques à contours assez irréguliers, mais tendant à être ovalaires, humides, en partie couvertes de croûtes molles, jaunâtres et striées de sang. Sur la lèvre supérieure se voient trois pustules de dimensions et d'âge différents, mais aucune très récente : il en a cinq sur la face, plusieurs dans le cuir chevelu, quelques-unes sur les avant-bras et les poignets. Elles varient de la dimension d'un demi-pois à celle de l'ongle du pouce; elles sont arrondies, flasques, couvertes de croûtes ayant l'aspect de papier brun mouillé; par places, leur pourtour présente une ligne rouge. Les croûtes ne recouvrent pas complètement toutes les pustules; sur quelques-unes, elles ne sont pas tout à fait assez larges pour cela, de telle sorte qu'il y a une bordure de pus entre la périphérie de la croûte et celle de la lésion cutanée. Il n'y a qu'une seule pustule, située sur le bras gauche, qui soit ombiliquée. Comme dans tous les autres cas, l'éruption est très prurigineuse.

Cas II. — Henry B..., 4 ans. Éruption au menton ayant le même aspect que la lésion correspondante du n° 1. Dit avoir été contagionné en embrassant d'autres enfants.

Digitized by Google

Cas III. — Sarah S..., 4 ans. Dit avoir pris la maladie de Willie B...; l'affection a débuté par les joues, et de là elle s'est étendue au menton, au dessous de la bouche, c'est le seul endroit qu'elle occupe actuellement. Il y a cinq autres enfants dans sa famille, et, quoi qu'on n'ait pris aucun moyen pour prévenir la contagion, elle est seule atteinte.

Cas IV. — Miss R..., 10 ans. A été malade pendant trois semaines; l'éruption a presque entièrement disparu. Elle va en classe.

Cas V. — William Y..., 3 ans. Début par des pustules sur le menton, et de là envahissement de proche en proche jusqu'à l'oreille.

Cas VI. — Anna Y..., sœur du précédent. La première lésion se montra sur les sourcils; puis les joues et, en dernier lieu, les bras furent atteints.

Cas VII. — Mme Y..., mère des deux précédents. Il y a un mois la maladie parut sur le menton; elle ne s'est pas étendue.

Chez ces trois derniers malades, il s'est produit depuis des pustules, pour la plupart ombiliquées.

Après avoir rapporté ces observations, l'auteur fait remarquer que, s'il est rare de rencontrer un cas absolument isolé d'impétigo contagiosa, il est également fort insolite de voir cette affection prendre les proportions d'une véritable épidémie. Il insiste sur ce que le prurit a été constant chez ses malades dans une période assez avancée, alors que l'éruption existait déjà depuis deux semaines. Enfin, il termine en donnant le tableau suivant, qui peut servir à poser le diagnostic.

IMPETIGO contagiosa.	ECZÉMA impétigineux.	ECTHYMA.	IMPÉTIGO.	VARICELLE.
Pustules petites, arrondies, flasques, discrètes, de taille variable : tendant à s'étendre par la périphérie et à s'unir quand elles se touchent. Superficielles, base légèrement enflammée.	Minuscules, s'agglomérant, très prurigineuses.	Un peu profondes, base ferme, sensible, enflammée.	Pustules remplies et arrondies. Ne s'accroissent pas, ne se rompent pas, et ne deviennent pas confluentes.	D'ordinaire petites vésicules.
Sur la tête, isolées et peu nombreuses. Localisation favorite à la face, puis sur les bras.	Sur la tête, d'ordinaire nombreuses, tendant à devenir confluentes et à couvrir une large surface.	Extrémités inférieures d'ordinaire attaquées.		Sur la face et sur le corps.
Survient chez les personnes robustes.		Affecte surtout les gens affaiblis.		

L. BROCQ.

Digitized by Google

XI. — SUR LE MYCOSIS FONGOÏDE D'ALIBERT, par LORENZO MANNINO (de Palerme) (*Giorn. Ital. delle mal. vener.*, 1882, p. 348).

XII. — KÉLOÏDE SURVENANT APRÈS LE RACLAGE D'UN LUPUS, par le Dr CLUTTON (*Pathological Society of London*, 16 janv. 1883; *British Journal med.*, 20 janv. 1883, p. 112).

XIII. — UN CAS DE LADRERIE CHEZ L'HOMME, par TROISIER (*Soc. méd. des hôp.*, 1882, et *Un. médic.* déc. 1882).

XI. C'est une observation très complète avec examen histologique et photographies très démonstratives que publie M. Mannino. M. P. S., le sujet, est un jeune homme de 24 ans, appartenant à une famille aisée de Palerme. Les antécédents nous le montrent maladif : à deux mois il eut un phlegmon péri-anal, à cinq ans quelque suppuration d'adénite et des éruptions qui semblent se rapporter à du pemphigus; mais plus tard une vie sobre et régulière et de grands voyages sur mer semblèrent le réconforter et le préserver de manifestations nouvelles. Cependant une blennorrhagie qu'il contracta ne lui dura pas moins de neuf mois.

C'est vers la fin de 1874 (il était alors âgé de 20 ans) qu'il commença à ressentir un prurit désagréable dans les jambes, principalement la gauche, et qu'il vit s'y produire des ulcérations superficielles, qui durent encore aujourd'hui. En 1876, une tache rouge avec élevures et rhagades, parut dans la région du creux poplité où se développa une douleur très vive; il y eut depuis des alternatives de recrudescence et de soulagement complet. Mais en 1878, pendant l'automne, le mal prit une intensité nouvelle et des nodules se montrèrent sur les téguments des bourses et des lombes; les tumeurs ulcérées sécrétaient abondamment. En 1879 un psoriasis diffus parcourut ses phases régulièrement et fut traité avec succès par la liqueur de Fowler.

En 1880 et 1881 le malade parcourut diverses stations thermales, sulfureuses et alcalines, mais sans arriver à une amélioration notable. La sécrétion purulente était, il est vrai, un peu diminuée, mais il était survenu un catarrhe gastro-intestinal chronique qui avait amené un grand affaiblissement.

Quand Mannino voit P. S. il est dans l'état suivant : *sur la peau du scrotum* on voit 1° petites tumeurs arrondies, de 8 à 16 centimètres de circonférence; sept occupent la partie gauche; le dos de la verge en porte une plus petite. Elles sont dures, indolentes à la pression et superficiellement ulcérées. Les ganglions des aines sont énormes.

Sur la région sacrée un groupe de tumeurs agglomérées dépasse le niveau de la peau saine de 1 centimètre à peu près; elles sont le siège

Digitized by Google

d'ulcérations en fissure, et des croûtes jaunâtres recouvrent leur surface. Les mêmes lésions se retrouvent dans chaque creux poplité et sur la jambe gauche.

Les viscères sont sains, le sang contient la proportion normale de globules blancs et rouges. L'examen microscopique confirme d'une façon complète le diagnostic porté dès l'abord par Mannino ; la peau est infiltrée de leucocytes, et de larges champs du tissu réticulé spécial occupent le derme. On voit aussi beaucoup de vaisseaux sanguins, néoformés, engaînés par des éléments lymphatiques ; il en est de même des glandes de la peau.

Le malade a été traité pendant plusieurs années d'une façon très assidue et sans le moindre succès. Mannino a successivement essayé avec une apparence de soulagement momentané, l'iodoforme et la résorcine tant à l'intérieur, sous forme d'injections sous-cutanées, que sous forme de topiques, en pommades ou en ablations. Quant aux courants continus, leur application très douloureuse n'a pu être continuée plus de huit jours.

En résumé, le malade n'avait pas d'antécédents de famille (ses frères et ses sœurs se portent bien), il n'avait ou ne paraissait avoir d'autre diathèse que la scrofule, et son mal bien net, reconnu au microscope, est resté rebelle à toute thérapeutique, même à la résorcine, la panacée du jour. On notera comme une circonstance intéressante l'évolution antérieure d'un psoriasis. JULLIEN.

XII. — Il s'agit d'un enfant qui avait une plaque de lupus sur la partie antérieure de l'oreille : il fut raclé en avril, et en juillet il était parfaitement guéri. Un peu plus tard, il se forma un abcès vers l'articulation de l'épaule ; on ouvrit l'articulation et on enleva un séquestre ; l'incision cutanée que l'on fit pour cela guérit par première intention. Au commencement de novembre, la cicatrice de la joue droite était devenue une kéloïde, et la cicatrice de l'incision humérale était également élargie et kéloïdienne. Cet état a persisté depuis lors. Dans la discussion qui a suivi la communicatien du Dr Clutton, le Dr Lucas a dit qu'il avait vu plusieurs fois se produire des kéloïdes après des râclages de lupus, mais qu'elles disparaissaient spontanément après quelque temps. Le Dr Balmanno Squire a également vu des kéloïdes se produire souvent quand on râcle le lupus, mais jamais quand on le scarifie. Il est de règle que la kéloïde finisse par disparaître ; mais cette disparition est hâtée par les scarifications. L. BROCQ.

XIII. — Chez un homme de 36 ans, on vit apparaître dans la joue une

Digitized by Google

tumeur ovoïde grosse comme une noisette; puis, au bout de quelques mois, il s'en montra d'autres semblables, situées dans le tissu cellulaire sous-cutané ou sous l'aponévrose superficielle des muscles, disséminées dans diverses régions, au nombre de quinze à vingt. L'une d'elles fut enlevée : elle était située sous l'aponévrose superficielle du deltoïde; de forme allongée, elle était formée par une coque fibreuse renfermant une vésicule, dans laquelle on trouva des crochets de cysticerque. Un an auparavant, le malade avait rendu un tænia solium.

GEORGES THIBIERGE.

Digitized by Google

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

I. — Inoculation de la syphilis chez le singe, par Martineau (*Soc. médic. des hôpitaux*, 12 et 26 janvier 1883).

II. — Infection d'une femme enceinte par son mari récemment infecté; enfant sain; infection de ce dernier par sa mère, par Arneng (*Vierteljahrsch. für Dermat. und Syph.*, 1883, Heft, I).

III. — Réinfection syphilitique au bout de 9 ans, par Arneng (*Vierteljahrsch. für Dermat. und Syph.*, 1883).

I. — Le 16 novembre 1882, M. Martineau inocule sur le prépuce d'un singe du liquide recueilli sur un chancre syphilitique typique. Il pratique trois piqûres à l'aide d'une aiguille à vaccin.

Une auto-inoculation du même liquide faite sur la face interne de la cuisse de la malade ne produisit aucun résultat, et leva toute espèce de doute sur la réalité de la nature syphilitique du chancre.

28 jours après l'inoculation, le singe offre au niveau du prépuce deux ulcérations qui, objectivement ont tous les caractères classiques du chancre préputial. (Érosions superficielles, lenticulaires, à fond lisse, uni, grisâtre, à bords légèrement élevés, non décollés, se confondant avec le centre de l'érosion et avec la périphérie. La base offre une induration parcheminée, exactement localisée à l'érosion...).

Une polyadénite inguinale gauche, indolente, se développe rapidement. Elle se généralise à droite.

En même temps on constate un état fébrile des plus marqués.

Le 10 janvier (c'est-à-dire au 54e jour de l'inoculation) des syphilides érosives apparaissent sur la verge, puis les jours suivants des syphilides papulo-érosives et enfin une syphilide papulo-diphthéroïde.

68 jours après l'inoculation, tous ces accidents étaient guéris. On ne constatait, à la place des chancres, que des nodus indurés, et une coloration brunâtre de l'épiderme.

Les poils de l'animal tombaient, son état général était mauvais (amaigrissement, perte d'appétit). La température oscillait entre 38 et 38.2.

Comme on le voit, la syphilis jusqu'à présent a évolué chez le singe, comme elle évolue chez l'homme.

La suite de cette très intéressante observation apprendra si le poison

Digitized by Google

syphilitique s'éteint chez le singe, ou peut amener, comme chez l'homme, des accidents tertiaires à longue échéance. P. HARMONIC.

II. — Un peintre, M. de Breslau, est marié depuis 4 ans. Un premier enfant naquit au bout de la première année de mariage ; cet enfant est fort robuste et n'a jamais présenté aucune éruption. Un second enfant naquit pendant l'hiver 1880-81, mais le travail de l'accouchement ayant été fort prolongé (8 heures) et l'enfant ayant des circulaires autour du cou, il vint au monde mort.

Au printemps de l'année dernière, M... ayant été appelé à la campagne pour des travaux contracta la syphilis et infecta sa femme qui se trouvait alors au quatrième mois d'une nouvelle grosesse. Elle fut soumise à la polyclinique à un traitement par les frictions destinées à combattre quelques accidents secondaires légers et accoucha, le 29 octobre, d'un enfant à terme, fort et bien constitué. La mère nourrit son enfant d'abord avec les deux seins, puis uniquement avec le sein droit à cause de rhagades situées au niveau du mamelon gauche. L'enfant couchait dans le même lit que la mère. Au bout d'un mois elle s'aperçut que son enfant portait au niveau de la commissure labrale gauche une petite érosion qui ne voulait pas guérir et qui ne tarda pas à s'étendre vers la lèvre supérieure en présentant tous les caractères d'une ulcération. Cette ulcération fit des progrès rapides. Une éruption se manifesta sur le tronc, et c'est à ce moment que le petit malade fut présenté à la polyclinique. L'enfant paraissait relativement assez fort, mais était complètement défiguré par une ulcération qui avait presque complètement détruit la lèvre supérieure. Le bord de l'ulcération était dur, résistant et infiltré. Cette ulcération qui ne suppurait pas présentait tous les caractères d'une lésion primitive. Les ganglions sous-maxillaires étaient considérablement tuméfiées, tandis que les autres offraient à peine le volume d'un pois.

Syphilides papuleuses sur le tronc, la face, le cuir chevelu ; syphilides érosives à l'anus et à la vulve. Rien à la main, ni aux pieds. L'enfant âgé de 3 mois et demi fut soumis à un léger traitement par les frictions; sous l'influence de ce traitement, les papules disparurent et la lèvre se cicatrisa ne laissant pour ainsi dire qu'une cicatrice peu apparente. La mère rapporta l'enfant à la clinique au bout d'un mois pour une périostite de l'indicateur de la main gauche. Il succomba au bout de cinq semaines, et l'autopsie permit de reconnaître les lésions suivantes : enfant très amaigri, cicatrice indurée de la lèvre supérieure, absence de périostite à la main droite ; aucune efforescence spécifique. Poumons, cœur, reins, foie, rate sains. Cerveau mou, vitreux. On trouve à la partie postérieure du lobe gauche une plaque brunâtre de la pie-mère

Digitized by Google

correspondant à un petit foyer de ramollissement de l'étendue de 1 centimètre. La zone d'ossification de la plupart des os examinés macroscopiquement et microscopiquement après décalcification ne permet de reconnaître aucune trace de lésion spécifique.

Ce fait est intéressant. Il tendrait en effet à prouver qu'un enfant dont le père était sain au moment de la conception et dont la mère est devenue syphilitique pendant se grossesse peut naître *sain* et que d'autre part l'enfant né dans ces conditions ne présente aucune immunité à l'égard de la vérole, puisqu'il peut-être infecté ultérieurement d'une manière directe. P. SPILLMANN.

III. — Un serrurier âgé de 34 ans, d'une constitution robuste, sans aucun antécédent vénérien, s'est marié au commencement de l'année 1871; de ce mariage naquit au mois d'octobre de la même année un enfant qui succomba au bout de 6 mois avec des convulsions et de l'athrepsie sans avoir présenté aucun accident cutané. En 1872, la femme avorte au troisième mois de sa grossesse. Enfin, le 18 janvier 1873, elle accouche d'un enfant qui vit encore aujourd'hui, enfant délicat, souffrant depuis plusieurs années de blépharite chronique. Au mois de janvier 1873 le mari contracte dans une relation extra-conjugale un chancre préputial avec adénopathie inguinale droite. Le chancre fut traité localement et le bubon tuméfié et suppuré guérit après incision. Aucun accident ne survint à cette époque, mais au mois d'avril 1874 le malade alla consulter le professeur Köbner pour une éruption cutanée caractérisée par une syphilide papuleuse et des adénopathies multiples. Le malade fut soumis à un traitement par les frictions et l'iodure de potassium.

Au mois de mai 1875, la femme accouche à la suite d'une grossesse normale d'un enfant rachitique et à constitution délicate. Une petite fille née en 1876 succomba au bout de trois mois à une entérite. Deux enfants nés en 1877 et 1879 sont encore vivants et robustes. Depuis, cette femme a encore avorté deux fois, est très anémiée et souffre de métrorragie. Elle n'a jamais présenté aucune aucune trace d'affection spécifique. Le mari a une santé florissante.

Le 12 septembre 1882, le malade se présente à la clinique pour une ulcération contracté dans un coït extra-conjugal, il y a huit semaines. Cette ulcération d'un centimètre de diamètre siège sur le fourreau; son fond est rouge foncé, vernissé, fortement induré. Adénopathie bi-inguinale; roséole. Le 16 septembre l'éruption est bien plus manifeste, papuleuse. Syphilides croûteuses du cuir chevelu; rougeur du pharynx. Le malade est soumis à 18 frictions mercurielles. Alopécie; syphilides érosives du voile du palais, anémie, amaigrissement.

Nous ne comprenons pas comment l'auteur, qui est cependant chef de

Digitized by Google

clinique du professeur Neisser, de Breslau, ait publié cette observation comme un type de réinfection syphilitique. Nous ne sachions pas en effet que les chancres syphilitiques donnent lieu à des bubons unilatéraux suppurés et quant à la femme, qui n'a jamais présenté d'accidents spécifiques, elle avait déjà avorté avant la première maladie de son mari, et aucun de ses enfants n'a présenté de symptômes de syphilis héréditaire.

P. SPILLMANN.

IV. — PSEUDO-PARALYSIE SYPHILITIQUE DU BRAS CHEZ UN ENFANT NOUVEAU-NÉ, par TROISIER (*Soc. méd. des hôp.*, 27 avril 1383).

V. — PREUDO-PARALYSIE SYPHILITIQUE DU BRAS CHEZ UN ENFANT NOUVEAU-NÉ, par DAMASCHINO (*Soc. méd. des hôp.*, 11 mai 1883).

VI. — PSEUDO-PARALYSIE SYPHILITIQUE GUÉRIE PAR LE SIROP DE GIBERT, par MILLARD (*Soc. méd. des hop.*, 11 mai 1883)

VII. — SUR UN CAS DE PSEUDO-PARALYSIE SYPHILITIQUE, par ROQUES, (*Soc. méd. des hop.*, 25 mai 1883).

IV. Les altérations syphilitiques des os longs chez le nouveau-né peuvent aboutir à la séparation de l'épiphyse d'avec la diaphyse, d'où une impuissance fonctionnelle du membre souvent prise pour une paralysie infantile et que, pour cette raison, M. le professeur Parrot a désignée sous le nom de *pseudo-paralysie syphilitique*.

Nons n'avons pas besoin de rappeler la pathogénie et les signes de cette affection ; dans un important mémoire paru dans les *Archives de pathologie*, en 1871, puis dans une série de communications à la Société de biologie et à la Société anatomique, M. Parrot en a fait l'histoire complète. Les observations ultérieures et notamment celles qui suivent n'ont fait que confirmer la réalité de ce type clinique, en mettant en évidence les éléments d'un diagnostic différentiel autrefois délicat, désormais très simple.

M. Troisier rapporte avec pièces anatomiques à l'appui, un cas de pseudo-paralysie chez un enfant portant des traces non douteuses de syphilis héréditaire.

Il fut atteint d'abord d'une paralysie du membre supérieur gauche avec conservation de la sensibilité. Plus tard les membres inférieurs se paralysèrent. M. Parrot qui vit l'enfant déclara que la paralysie du bras résultait du décollement du cartilage épiphysaire dû lui-même à l'existence des lésions osseuses de la syphilis héréditaire.

L'examen des pièces anatomiques de l'enfant, qui a succombé rapidement, a permis de constater :

Digitized by Google

Le *décollement du cartilage* épiphysaire de l'humérus gauche;

L'*atrophie gélatiniforme* de la diaphyse et de la plupart des os longs et de quelques os plats;

Des lésions ostéophytiques sur les tibias et les fémurs;

Quelques lésions viscérales que l'on doit rapporter à la syphilis;

Rien dans les centres nerveux.

C'est donc là un cas de syphilis héréditaire à manifestations osseuses ayant entraîné une pseudo-paralysie par décollement des épiphyses, de la même façon qu'une fracture immobilise un membre.

V. M. Damaschino a observé un cas du même genre chez un enfant de quelques mois. Brusquement son bras fut atteint et l'on pensa à une paralysie spinale.

Le diagnostic de pseudo-paralysie d'origine syphilitique fut fait, grâce à l'âge du malade, à la cachexie et à la douleur déterminée du côté de l'épaule par les mouvements.

L'autre bras et une jambe furent successivement atteints.

Le traitement spécifique ne donna aucun résultat et, à l'autopsie, on constata les lésions osseuses décrites par M. Parrot.

Les viscères offraient des traces non douteuses de syphilis.

VI. L'observation de M. Millard est particulièrement intéressante par la rigueur des renseignements étiologiques et surtout l'influence décisive du traitement spécifique.

L'auteur fut consulté pour un enfant bien portant, allaité par sa mère, sans traces de syphilis cutanée ou muqueuse et dont le bras gauche pendait inerte le long du corps.

Le père avait contracté la syphilis en 1871. Il avait suivi un traitement régulier pendant 18 mois, et 2 ans 1/2 après le chancre, Ricord et Lasègue l'avaient autorisé à se marier (1874). — L'enfant était né en 1875.

M. Millard admit d'abord une paralysie spinale. M. Roger partagea cette opinion. On appliqua des vésicatoires sur l'épaule et on se promit d'employer la faradisation. M. Millard regrette de n'avoir pas de suite employé ce dernier moyen, car les muscles se contractent dans la pseudo-paralysie, à l'inverse de la paralysie spinale.

Dix jours plus tard, les phénomènes de paralysie, avec douleurs se montraient à droite. En même temps la mère était atteinte d'une angine syphilitique avec engorgement ganglionnaire cervical. La syphilis était évidente.

M. Millard diagnostiqua alors une pseudo-paralysie syphilitique, et prescrivit une cuillerée à café de sirop de Gibert tous les jours, en deux fois, et quelques bains contenant chacun 50 centigrammes de sublimé.

Neuf jours après l'état était amélioré. Il n'y avait plus de douleurs à

Digitized by Google

droite et le bras exécutait quelques mouvements de latéralité. Quelques ganglions cervicaux étaient apparus.

Le 25 avril le succès était complet (c'est-à-dire après un mois de traitement) ; mouvements normaux à droite et presque parfaits à gauche.

On continua le traitement, et M. Millard conseilla de le reprendre deux fois par an jusqu'à l'âge de 6 ans, en augmentant progressivement chaque année.

Actuellement la petite fille, après avoir eu à plusieurs reprises des plaques muqueuses à la bouche, est dans un état excellent.

Les parents qui se sont soumis à un traitement spécifique, ont eu depuis deux enfants bien portants.

VII. M. Roques accouche une jeune femme bien portante d'une petite fille qui offre bientôt des bulles, des exulcérations buccales du pemphigus sur les jambes. Malgré les dénégations du père et l'absence de trace de syphilis chez la mère, il soumet la petite fille au sirop de Gibert, additionné d'une faible quantité d'iodure de potassium. Sous l'influence de ce traitement, les manifestations cutanées s'amendent rapidement. Mais deux mois après survient un gonflement de l'épaule gauche, puis de la droite, et au niveau de cette dernière, M. Roques perçoit une crépitation molle et sourde ; M. Marchand confirme le fait.

On remet l'enfant au sirop de Gibert et on immobilise les deux humerus à l'aide d'attelles en carton. La guérison fut complète en six semaines.

Le père qui niait la syphilis est mort en huit mois, malgré un traitement énergique, emporté par une paralysie générale avec ataxie.

PAUL HAMONIC.

Digitized by Google

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

I. — Tommaso de Amicis, Sulla Etiololia e Patogenesi delle malattie cutanee, prelezione al corso di patologia e clinica dermo-sifilopatica nell'anno scolastico 1882-83 (Estratto della *Revista clinica e terapeutica*, anno IV, num. 2; Napoli, Giovanni Jovene, libraio editore, Strada della Quercia 18, 1883).

II. — Ueber die tuberculösen Geschwüre der allgemeinen Dec , von Dr Adolf Havas, in Budapest; Separatabdruck aus der *Pester medicinisch-chirurgischen Presse*, 1883.

III. — Malcolm Morris, F. R. C. S. Ed., and G. C. Henderson, M. D., M. R. C. P. *The cultivation and Life History of the* Ringworm *Fungus* (Trichophyton tonsurans).
Read 11th April 1883 to the Royal Micr. Society of London (*Journ. R. Micr. Soc.*, série II, vol. III, pl. VII; 1883).

IV. — Dr Oscar Lassar, *Docenten an der Universität. Ueber die Excision des Ulcus Durum.* (Nach einem in der Berliner medicinischen Gesellschaft gehaltenen Vorträge). Separat abdr. aus der Berlin. klin. Wochenschr., 1883, n° 23.

V. — Studien und Experimente über die Function des Hypoglossus in Anschluss an mehrere Fälle von syphilitischer Glossoplegie, von Dr Georg Lewin, professor an der Universität in Berlin und dirigirender Arzt im Königl. Charité Krankenhause.
Berlin, 1883. Verlag von August Hirschwald, NW. Unter den Linden. N° 68, in-8°, 68 pages.

VI. — De l'eau oxygénée, sa préparation à l'état de pureté, ses applications à la chirurgie et à la médecine, par le Dr L. Baldy.
Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, édit., place de l'Ecole-de-Médecine, 1883.

Digitized by Google

THÈSES SUR LA DERMATOLOGIE ET LA SYPHILIGRAPHIE SOUTENUES EN 1882.

(*suite*) (1).

BORDEAUX

Lacouche. — Contribution à l'étude de la syphilis sénile.

Cayla. — Étude critique sous le rapport étiologique de la syphilis et de l'ataxie.

Blarez. — Nouvelles recherches sur l'absorption des mercuriaux par voie digestive et leur action sur le sang.

Bonnery. — Traitement du bubon chancreux par le chlorure de zinc.

Thomas. — Étude sur le rhumatisme blennorragique.

Pialoux. — Contribution à l'étude du pemphigus.

Audié. — De l'anthrax au point de vue du traitement.

LYON

Peronnet. — Étude critique sur la pathogénie et le traitement du chancre syphilitique.

Royer. — Étude sur les leproïdes du type lazarin.

MONTPELLIER

Fleury. — Du traitement de la syphilis par les injections de sublimé corrosif.

NANCY

Hahn. — De la lèpre.

UNIVERSITÉ DE WURZBURG

Ludloff. — Trois cas de chancroïde.

Bumm. — De l'excision du chancre.

Breinlinger. — Syphilis vaccinale.

Hübner. — La gomme dans ses rapports avec le mercure.

Bockhart. — Rapports entre la scrofulose et la syphilis.

Versmann. — De la syphilis comme cause du diabète insipide.

(1) Voir *Annales de dermatologie*, page 376.

Digitized by Google

Fackeldey. — Syphilis du larynx.

Schulte. — Contribution à la syphilis du foie.

Lux. — Anomalies de la syphilis constitutionnelle et ses causes.

Reiger. — Sur le pemphigus des adultes à l'exclusion du pemphigus syphilitique.

Moschkowitsch. — Du pemphigus syphilitique.

Wuerzburger. — Observations d'érysipèle de la face.

Herzberg. — De l'érysipèle de la face.

Sandberg. — Étude sur la cause du pemphigus chronique.

UNIVERSITÉ DE COPENHAGUE

L. Neumann. — Symptomatologie de l'elephantiasis Arabum pedum.

Le Gérant : G. MASSON.

Société d'imprimerie Paul Dupont. Paris, 41, rue J.-J.-Rousseau (Cl.) 68.6.83.

Digitized by Google

TRAVAUX ORIGINAUX

MÉMOIRES

I.

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE. — DENTS SYPHILITIQUES (1)

Par le professeur Alfred FOURNIER.

Hôpital Saint-Louis.

I

Il est *fréquent*, mais non pas constant, que l'influence héréditaire de la syphilis s'exerce sur le système dentaire et s'y traduise par des lésions diverses. En d'autres termes, il s'en faut que tous les sujets affectés de syphilis héréditaire présentent les malformations dentaires que nous allons décrire, mais il en est bon nombre sur lesquels on les rencontre (2).

L'examen du système dentaire constitue donc un élément du diagnostic rétrospectif de la syphilis héréditaire.

Je dirai même, et sans crainte d'exagération, qu'il en constitue un élément important au premier chef. Nombreux, très nombreux déjà sont les cas où la syphilis héréditaire a été suspectée, recherchée, puis reconnue de par une indication première fournie par l'état de la dentition. De cela, en vérité, les exemples ne sont pas à citer, tant ils abondent dans la science. Et il est même des cas où la syphilis héréditaire a pu, pour le plus grand bien des malades, être diagnostiquée, traitée et guérie de par le seul, l'unique indice de ces malformations dentaires.

(1) Extrait d'un livre en préparation (Leçons sur la syphilis héréditaire tardive).

(2) Il serait encore impossible, je crois, de déterminer par une statistique rigoureuse le degré de fréquence de ces lésions dans la syphilis héréditaire. J'ai essayé d'établir une statistique de ce genre, mais j'ai dû, après expérience, y renoncer, au moins provisoirement, et voici pourquoi. Dans un grand nombre d'observations de syphilis héréditaire tardive, *il n'est pas fait mention de l'état des dents*. Or, l'absence de renseignements sur ce point signifie-t-elle que les dents ne présentaient rien d'anormal, ou bien que l'observateur n'a pas porté son attention sur cette particularité ? Question insoluble.

Digitized by Google

Telle est entre autres une observation de Paget que je vous résumerai en deux mots : Une jeune fille était affectée d'une lésion grave du nez que l'on avait tout d'abord considérée comme un lupus et traitée comme telle. Paget examine cette malade et est frappé de trouver sur elle des malformations dentaires de l'ordre de celles qui se rattachent usuellement à la syphilis héréditaire. Rien autre cependant — notez bien ceci, messieurs, — rien autre ne permet de soupçonner la syphilis sur cette jeune fille. N'importe ; sur cette seule donnée des malformations dentaires on se décide à tenter un traitement antisyphilitique. Le prétendu lupus guérit alors en six semaines ! (1).

Au surplus, je n'ai rien à vous apprendre sur l'intérêt qui se rattache à cette « question des *dents syphilitiques* », comme on l'appelle actuellement. Vous êtes pleinement renseignés à cet égard par l'agitation scientifique qui s'est faite autour d'elle dans ces derniers temps, par le retentissement qu'elle a eu dans la presse, par les polémiques auxquelles elle a donné lieu. Donc, sans autre préambule, j'entrerai au cœur même du sujet.

Comment se traduit l'influence héréditaire de la syphilis snr le système dentaire ?

De deux façons, à la vérité très inégales de l'une à l'autre comme importance diagnostique, à savoir :

1° Par un *retard d'évolution ;*

2° Par des *arrêts de développement* et des *modifications de structure*, origine de *malformations* consécutives.

Quelques mots suffiront sur le premier mode. Le second au contraire nous arrêtera longuement.

II

L'influence héréditaire de la syphilis apporte parfois un retard plus ou moins notable dans l'évolution dentaire.

C'est là, du reste, une particularité connue de vieille date. Déjà, au siècle dernier, Sanchez signalait la dentition tardive des enfants nés avec la vérole. Le même fait a été remarqué depuis lors par nombre d'auteurs, notamment, de nos jours, par un spécialiste des plus compétents, M. le Dr Magitot.

Pour ma part, j'ai dans mes notes plusieurs cas relatifs à des enfants syphilitiques qui n'ont commencé à « percer leurs premières dents »,

(1) V. *The medical Times and Gazette*, 1862, t. I, p. 309.

Digitized by Google

suivant l'expression consacrée, que vers dix, douze, quatorze et quinze mois.

Ce retard d'évolution est le plus souvent général, c'est-à-dire intéresse également tout le système dentaire. On l'a vu cependant se localiser sur un seul groupe de dents, les incisives par exemple.

On le trouve signalé surtout, dans les observations que j'ai pu consulter à ce sujet, relativement à la première dentition. Quelques cas néanmoins démontrent qu'un retard semblable peut affecter l'issue des dents permanentes.

Jusqu'ici rien de bien extraordinaire. Mais ce retard d'évolution peut dépasser les limites précédentes et s'exagérer dans des proportions vraiment considérables, qui deviennent alors extraordinaires. C'est ainsi que Demarquay a relaté l'observation d'un enfant syphilitique qui, *à l'âge de quatre ans, n'avait pas encore une seule dent* et qui de plus (particularité connexe des plus curieuses et des plus significatives au point de vue de la pathogénie) *ne marchait pas encore.*

M. Lancereaux a signalé de même un « véritable arrêt de développement de la dentition » sur un enfant syphilitique à la fois microcéphale, idiot et épileptique. A l'âge de douze ans, « les incisives latérales et les canines étaient à peine sorties de leurs alvéoles » (1).

Ce retard de l'évolution dentaire n'est qu'une expression localisée d'un fait plus général sur lequel j'ai déjà appelé votre attention dans ce qui précède, à savoir le *retard du développement* chez les sujets affectés de syphilis héréditaire. Il est constant, indéniable, vous ai-je dit, que l'évolution de l'individu, ce qu'on appelle vulgairement *la croissance*, ne se fait souvent qu'avec lenteur, comme aussi d'une façon incomplète, chez les enfants syphilitiques. Donc, rien d'étonnant à ce que le système dentaire participe à cette disposition totale de tout l'être.

Certes, cette particularité d'évolution tardive du système dentaire est curieuse en soi, et peut même avoir quelque intérêt à titre de renseignement rétrospectif. Mais vous concevez sans peine qu'elle ne saurait apporter qu'un faible appoint au diagnostic. Bornons-nous donc à la signaler sans y insister davantage.

Il n'en est pas de même d'autres arrêts de développement qni se traduisent sur les dents d'une façon bien plus significative et qui vont nous offrir des éléments précieux de diagnostic.

III

En second lieu, l'hérédité syphilitique importe des troubles nombreux dans la constitution du système dentaire.

(1) *Traité de la syphilis*, 2e édit., p. 442.

Digitized by Google

Ces troubles sont de divers genres.

Pour la commodité de l'étude et la facilité du souvenir, ils peuvent être distribués en quatre groupes principaux, de la façon suivante :

I. — *Érosions dentaires.* (Nous verrons dans un instant ce qu'il convient d'entendre par ce mot.)

II. — *Microdontisme*, constitué par la réduction, au-dessous de la moyenne physiologique, du volume, de la *taille* (passez-moi l'expression) de certaines dents.

III.—*Amorphisme dentaire*, caractérisé par ce fait que certaines dents perdent plus ou moins les attributs de leur espèce propre, du type auquel elles appartiennent.

IV. — *Vulnérabilité du système dentaire*, devenu plus accessible aux causes d'attrition, de désorganisation, de destruction, qui s'exercent sur lui; c'est-à-dire, en d'autres termes, usure rapide, altération facile et caducité précoce de certaines dents.

Ajoutez à ces quatre chefs principaux quelques particularités d'ordre plus rare (telles que, par exemple, irrégularités d'implantation, anomalies de dispositions réciproques, etc.), et vous aurez le programme à peu près complet qui va se présenter à notre étude.

C'est aux dents affectées suivant tel ou tel des modes qui précèdent qu'on donne actuellement le nom de *dents syphilitiques.*

Dents syphilitiques, soit ! Acceptons, tout incorrecte qu'elle puisse être, cette dénomination, puisque déjà l'usage l'a consacrée. Mais ne l'acceptons tout au moins qu'en l'expliquant, qu'en spécifiant bien ce que pour nous désignera ce terme.

On pourrait croire qu'à l'instar de ce qu'on appelle le testicule syphilitique, le foie ou le rein syphilitique, la « dent syphilitique » doive être une dent qui, normalement constituée à l'origine et issue des gencives à l'état sain, a été affectée, lésée plus tard par la syphilis d'une certaine façon. Il n'en est rien.

Ce que désigne, au contraire, ce terme de dent syphilitique, c'est une *malformation dentaire congéniale*, dérivant d'une influence syphilitique.

Remarquez bien ce mot de malformation congéniale. Et, en effet, il ne s'agit en rien ici de telle ou telle lésion venant à se produire, du fait de la syphilis, sur une dent originairement saine, régulièrement et normalement constituée. Ce qui est en cause, seulement, c'est une *défectuosité de développement* imprimée par la syphilis à une dent encore non formée, à une dent encore contenue dans son alvéole et au cours de ce qui constitue pour elle, si je puis ainsi parler, sa vie fœtale.

En d'autres termes — vous voyez que je ne crains pas de préciser —

Digitized by Google

les modifications du système dentaire que l'on qualifie du nom de dents syphilitiques ne sont que les conséquences, les stigmates de l'action pathologique exercée par la syphilis sur telles ou telles dents pendant leur stade de développement intra-gingival.

Quelques mots encore, avant d'aborder les descriptions particulières, sur l'historique du sujet.

C'est en Angleterre qu'est née la question des dents syphilitiques, et c'est à Hutchinson, vous le savez déjà, que revient le mérite de l'avoir soulevée.

C'est en Angleterre aussi que la question a été le plus discutée et qu'elle est le plus généralement connue. Elle a donné lieu chez nos voisins d'outre-Manche à une véritable « agitation » scientifique, qui l'a rapidement vulgarisée. Aussi est-ce monnaie courante parmi eux que le signe des « *syphilitic teeth* », des « *typical teeth* », comme élément diagnostique de la syphilis héréditaire.

En France, au contraire, il faut reconnaître que la question est encore peu connue. En dépit des remarquables travaux de M. le professeur Parrot, de M. le Dr Magitot et de quelques élèves de ce dernier, elle n'est guère sortie d'un cercle restreint de praticiens plus spécialement adonnés à l'étude des affections syphilitiques ou de l'art dentaire. Elle n'a pas fait sa trouée dans le public médical, si vous me permettez de parler ainsi. Et somme toute, de nos jours, on est encore peu conscient parmi nous des services cliniques que peut rendre l'examen des dents par rapport au diagnostic de la syphilis héréditaire, si ce n'est même absolument sceptique à cet égard. Souvent même (j'en ai la preuve) on confond ce qu'on appelle « la dent d'Hutchinson » avec « la dent syphilitique », ce qui est prendre la partie pour le tout, ce qui est confondre un signe avec un ensemble de signes, ainsi que nous ne le verrons bientôt.

Je profiterai donc de l'occasion offerte par notre sujet actuel pour aborder devant vous cette question et l'étudier en détail, surtout au point de vue pratique que nous poursuivons.

IV

Établissons d'abord quelques propositions générales.

I. — *L'influence de l'hérédité syphilitique sur le système dentaire peut s'exercer sur les deux dentitions.*

On avait cru d'abord, avec Hutchinson, que la seconde dention seule

Digitized by Google

était justiciable de cette influence. C'était une erreur, et, depuis que le sujet a été étudié plus à fond, on a dû reconnaître que la dentition de lait peut être affectée comme la seconde. M. Parrot a fourni, à ce point de vue, des preuves ultra-démonstratives. Jugez-en au surplus par cette belle pièce qu'il a bien voulu mettre à ma disposition (1).

Vous voyez ici la dentition d'un enfant hérédo-syphilitique âgé de vingt-sept mois. Examinez les deux incisives médianes supérieures. Elles sont fortement échancrées en demi-lune et présentent le type le plus accompli, le plus parfait, de ce qu'on décrit actuellement sous le nom de « dent d'Hutchinson ».

II. — *La dentition de lait est — ou du moins paraît être — bien moins souvent influencée par l'hérédité syphilitique que la dentition permanente.*

Nul doute possible à ce sujet. Pour un cas où la première dentition est affectée, on en compte bien quinze à vingt où c'est la seconde qui se trouve en cause.

Je dois reconnaître toutefois que cette proportion serait sensiblement modifiée si l'on avait le soin, dans toutes les autopsies d'enfants du premier âge, d'ouvrir les alvéoles pour examiner les embryons dentaires. M. Parrot me disait récemment qu'en procédant de la sorte il avait *souvent* découvert diverses lésions des dents de lait.

III. — *Les malformations dentaires qui dérivent de l'hérédité syphilitique sont généralement multiples et, de plus, symétriques d'un côté à l'autre.*

Cela veut dire :

1° Qu'en général on trouve plusieurs dents affectées à la fois ;

2° Qu'en général aussi les dents homologues, d'un côté à l'autre de telle ou telle mâchoire, sont similairement affectées. Exemples : Si, à la mâchoire supérieure, une incisive médiane gauche présente une altération morbide, cette même altération se retrouvera sur l'incisive médiane droite. — Si une canine inférieure d'un côté se trouve affectée, la canine inférieure de l'autre côté présentera une modification de même nature.

Telle est la règle.

(1) Moulage n° 48 de la collection de M. le professeur Parrot (Musée de l'hôpital des Enfants-Assistés).

Digitized by Google

Il ne faudrait pas cependant considérer cette règle comme aussi absolue que le veulent certains de nos confrères. Elle comporte des exceptions. Ainsi, il est des cas où les malformations ne portent que sur quelques dents d'une façon asymétrique ; il en est même où une seule dent se trouve affectée. Ce sont là des raretés qu'on avait méconnues à l'origine, mais qu'a révélées une étude plus approfondie de la question.

Ces généralités établies, venons maintenant aux descriptions particulières.

V

Érosion dentaire.

Il arrive parfois que, dans la caractéristique d'une maladie, un symptôme ou une lésion détourne à son profit l'attention d'autres symptômes ou d'autres lésions qui ne lui cèdent en rien comme importance et comme intérêt, qui même lui sont parfois supérieurs comme signification clinique.

Tel est le cas en l'espèce.

L'érosion dentaire, qui n'est que partie d'un tout, a absorbé tout le sujet actuel et semble le constituer tout entier. A lire ce qu'on a écrit sur la question, à entendre la plupart de nos confrères en causer, on croirait vraiment que toute la syphilis dentaire réside dans l'érosion. C'est là une erreur grave, contre laquelle il importe de protester tout d'abord.

Ce qu'on appelle érosion dentaire n'est qu'une lésion dans un ensemble de lésions. C'est un des modes, mais *ce n'est qu'un des modes* par lesquels se traduit sur les dents l'influence de la syphilis héréditaire. Et peut-être même n'est-ce pas le plus important, le plus significatif, au point de vue qui nous intéresse spécialement. En tout cas, il s'en faut, et de beaucoup, que ce soit le seul qui se présente à consulter pour le diagnostic dont nous poursuivons l'étude.

Cela dit, voyons ce qu'est cette « érosion dentaire » qui a tant fait parler d'elle ces derniers temps, qui a soulevé tant de discussions, soit en Angleterre d'abord, soit plus tard dans divers congrès scientifiques, soit tout récemment encore dans la presse de notre pays.

Sous le nom impropre, mais consacré, d'*érosion dentaire* on désigne diverses malformations dentaires se produisant au cours de la vie intrafolliculaire de la dent et se traduisant par une altération particulière de la couronne qui semble usée, rongée, taraudée, vermoulue, sur une certaine étendue de sa surface.

Digitized by Google

L'érosion dentaire, en d'autres termes, est une sorte d'usure apparente de la dent. On dirait, à voir une dent affectée de la sorte, qu'elle a été entaillée ou usée mécaniquement par un outil, ou bien corrodée par un acide. Elle rappelle l'aspect du bois rongé par les vers, et c'est précisément cette apparence que consacre le mot d'*érosion*.

Or, ce dont il faut qu'avant tout vous soyez bien convaincus, Messieurs, c'est que la lésion dont nous allons parler n'est en rien une érosion, au sens strict et précis du mot.

Qui dit érosion, dit entaillure, entamure, usure d'une surface qu'on suppose implicitement normale au préalable, qu'on suppose avoir été constituée saine à l'origine. Eh bien, ce qu'on appelle érosion dentaire n'est en rien le fait d'une dent qui, constituée normale et née saine, subit plus tard une entamure érosive sous l'influence d'une cause morbide quelconque. Bien loin de là ! L'érosion dentaire est le résultat d'une *formation vicieuse* de la dent, la conséquence et la traduction d'un arrêt temporaire dans le développement de la dent. La dent érodée s'est constituée sous cette forme originairement, *ab ovo*. Jamais elle n'a été autre. Primitivement, d'emblée, avant de naître ou tout au moins avant de faire issue hors des gencives, elle a été ce que nous la voyons dix, vingt, trente ans plus tard, à cela près, bien entendu, des modifications ultérieures que le temps et le travail fonctionnel peuvent lui imprimer. La perte de substance que nous constatons sur elle n'est donc pas, à strictement parler, une perte de substance, car on ne perd pas ce qu'on n'a jamais eu; c'est une *non-formation*. La substance dentaire ne s'est pas formée là où nous la voyons actuellement faire défaut. La portion d'émail et d'ivoire qui devrait combler le vide constitué par l'érosion ne s'est pas produite, voilà tout; et, si elle est absente, elle est absente encore une fois non pas parce qu'elle a été détruite, mais parce qu'elle n'a jamais existé.

Telle est l'idée primordiale qu'il convient de se faire de l'érosion, pour ne pas confondre — erreur souvent commise — ce qui appartient à l'érosion avec ce qui peut être le résultat de processus pathologiques différents.

Venons aux caractères physiques de l'érosion.

L'érosion se présente en clinique sous des aspects multiples et divers. On pourrait même en constituer un nombre indéfini de variétés si l'on devait s'astreindre à tenir compte de toutes les nuances.

Cependant, si multiples et si diverses qu'en soient les formes objectives, elles sont réductibles à un certain nombre de types principaux, auxquels restent subordonnées les variétés secondaires. Simplifiée de la sorte, l'exposition en deviendra plus facile.

Digitized by Google

Tout d'abord les diverses formes d'érosions dentaires peuvent être réparties en *deux groupes naturels*, suivant qu'elles affectent le corps même de la dent ou son extrémité, son sommet.

I. — *Premier groupe : Érosions affectant le corps même de la dent.*

Plusieurs types se présentent à distinguer ici. Il faut au moins en reconnaître quatre, à savoir :

1° Érosion en cupule ;
2° Érosion en facettes ;
3° Érosion en sillon;
4° Érosion en nappe.

Voyons le plus brièvement possible ce en quoi consiste chacune de ces variétés.

Il va sans dire, Messieurs, que je me limiterai dans cette étude à ce qui intéresse directement notre sujet ; car je ne m'occupe ici, bien entendu, que d'odontologie appliquée à la syphilis et plus exclusivement encore au diagnostic spécial dont nous poursuivons l'étude.

1° *Erosion en cupule.*

Cette variété, la plus simple de toutes et l'une des plus communes, consiste en ceci : de petites excavations ou cupules creusées dans la substance de la dent, à la surface de la couronne.

Ces cupules sont très variables comme dimensions, comme importance.

A ne parler que des types extrêmes, entre lesquels se rangent tous les intermédiaires possibles, on trouve ces cupules tantôt minimes, *punctiformes*, comparables à la dépression légère que laisserait par exemple la piqûre d'une pointe d'épingle sur de la cire molle (Érosion dite *pointillée*); — tantôt plus larges et plus profondes à la fois, constituant une excavation véritable, arrondie, concave, en forme de godet. Elles sont alors analogues d'aspect à l'empreinte d'une tête d'épingle sur de la cire.

Les érosions en cupule se distinguent toujours très facilement. Elles s'imposent, dirai-je, à l'observateur par un double caractère :

1° Caractère d'irrégularité de surface. Ce sont des lésions *en creux*, dont l'excavation frappe l'œil.

2° Caractère de coloration. Sauf dans le jeune âge, où elles sont encore blanches, elles tranchent sur la teinte normale de la dent par une teinte plus foncée, grisâtre, d'un gris sale, parfois même brunâtre, voire presque noire.

Lorsqu'on les étudie avec attention, ou, mieux encore, lorsqu'on a

Digitized by Google

l'occasion de soumettre à l'examen anatomique des dents ainsi affectées, on reconnaît que leur lésion est constituée par une entamure plus ou moins profonde de la substance dentaire. Si la cupule est superficielle, son fond est encore revêtu par une mince couche d'émail. Mais, est-elle plus profonde, l'émail fait alors absolument défaut, et le fond de la cavité se trouve creusé dans l'épaisseur même de l'ivoire.

Les érosions en cupule affectent tous les ordres de dents. Mais elles sont beaucoup plus fréquentes sur les incisives, notamment sur les médianes supérieures.

Elles sont variables de nombre. Sur une dent, par exemple, il peut également se faire qu'on en rencontre une seule ou plusieurs. — Quand il en existe plusieurs, elles sont ou bien disséminées sans ordre, ou bien (ce qui est plus habituel) rangées à la file sur une ligne horizontale. On les a même vues (mais ceci est une exception rare) former deux lignes horizontales superposées.

2° *Érosion en facettes.*

Cette variété est moins commune et surtout moins connue.

Comme la précédente, elle peut se rencontrer sur les divers ordres de dents, mais elle affecte surtout les incisives.

Une comparaison vous mettra de suite au fait de son caractère constitutif. Supposez qu'on ait limé à plat et sur plusieurs points la face antérieure d'une incisive ; cette face, au lieu de sa courbe normale, présentera une série de petits plateaux constituant ce qu'on appelle des facettes. Tel est à peu près l'aspect de la malformation dentaire en question.

La dent érodée en facettes se présente donc avec des irrégularités de surface comme usées à la lime ou entaillées à la plane. On la dirait encore écaillée par places, comme s'il s'en était séparé un éclat.

Au premier aspect, cette lésion peut échapper et échappe même le plus souvent, ce qui explique qu'elle ait été peu remarquée jusqu'à ce jour. On ne s'en rend bien compte qu'avec le secours de la loupe et en ayant soin d'essuyer la dent. Sans cette dernière précaution, le brillant de l'émail humide rend souvent inappréciables les irrégularités tout à fait superficielles de la surface dentaire.

3° *Erosion en sillon* (Variété dite par M. Parrot « *atrophie dentaire sulciforme* »).

Celle-ci, de beaucoup la plus commune, est constituée par une excavation linéaire creusée dans la couronne de la dent sous forme d'une rayure transversale. Plus simplement, la dent érodée en sillon est une dent qui présente un sillon horizontal entaillé dans sa substance.

Ce sillon est tantôt continu, auquel cas il fait tout le tour de la dent,

Digitized by Google

à la façon d'un anneau ; — et tantôt interrompu, c'est-à-dire formé de segments, de tronçons, que séparent des parties saines. Il peut même être constitué par une ligne finement pointillée.

Ce qu'il est plus important de spécifier, c'est que le sillon dentaire se présente sous deux aspects différents.

Dans une première forme, il est *linéaire* et *superficiel*, c'est-à-dire simplement constitué par une raie tracée sur la dent. Cette raie est à peu près semblable au trait que laisse la plume sur le papier ou, plus exactement encore, à la rainure que produit le passage d'une pointe de canif sur un morceau de bois. La vue distingue cette raie sans donner le sentiment d'une dépression, mais le doigt porté sur la dent perçoit un léger sillon.

Dans une seconde forme, on a affaire à une véritable *rigole*, à la fois plus creuse et plus large que le sillon linéaire précédent ;— plus creuse, c'est-à-dire constituant une véritable entaillure dans la substance même de la dent ; — plus large, c'est-à-dire non plus réduite à la dimension d'un trait de plume, mais entamant la surface dentaire sur une hauteur verticale d'un demi-millimètre à un millimètre et au delà.

On dirait alors véritablement que la dent, au niveau de cette rigole, a été limée, grattée, fouillée par un instrument, ou corrodée par un acide. La couche d'émail fait partiellement défaut, et il se peut même que l'ivoire dénudé forme le fond du sillon (1).

De ces deux formes, la première est peu visible ou n'est perçue que par un examen attentif du système dentaire ; la seconde, au contraire, constitue une laideur choquante qui frappe l'observateur au premier coup d'œil. Et cela, parce que le sillon creusé dans la dent ne tarde pas à prendre une teinte foncée, bistre, grisâtre, gris noir, qui contraste avec la coloration blanche des surfaces voisines et qui le signale au regard.

A quelque variété qu'il appartienne, le sillon conserve toujours un caractère immuable, à savoir une direction rigoureusement transverse. Toujours il est *horizontal*, particularité dont nous aurons bientôt le secret en étudiant la pathogénie de la lésion.

Le plus habituellement, ce qu'on appelle l'érosion dentaire est constitué par un sillon *unique*, présentant tel ou tel des caractères que je viens de préciser. Mais il est d'autres cas d'un ordre différent, où l'on observe, au lieu d'un sillon unique, deux ou trois sillons sur une même dent. Ces *sillons multiples* occupent la portion de la couronne la plus rapprochée du bord libre de la dent. Ils sont superposés horizontalement, à la façon

(1) Il est à noter que, au niveau même des bords du sillon, la couche d'émail fait parfois un léger relief, en forme de bourrelet. Ce relief accroît d'autant la profondeur apparente du sillon.

Digitized by Google

de lignes parallèles, et séparés les uns des autres par une bande d'émail qui forme entre eux un léger bourrelet.

C'est aux dents affectées de la sorte qu'on a donné de vieille date les noms significatifs de *dents en étage*, *dents en escalier*, *dents en gradins*, etc.

Notons enfin que, sur les dents constituées ainsi, l'extrémité libre, qui constitue le dernier *gradin*, est généralement amincie, partiellement ou même absolument dépourvue d'émail, rugueuse, raboteuse, irrégulière et brunâtre. Elle s'effrite, se délite, et s'use rapidement. Si bien que, dès la jeunesse ou, au plus tard, dans l'âge adulte, la dent se trouve, *raccourcie* et privée de son extrémité libre, comme si on l'avait limée horizontalement.

Ces diverses variétés d'érosions « en sillon » peuvent affecter les trois ordres de dents. Mais elles sont infiniment plus fréquentes sur les incisives.

4° *Erosion en nappe.*

Ce dernier type est rare, exceptionnel même.

Il est constitué simplement par l'exagération des formes précédentes. Représentez-vous une des érosions que nous venons de décrire, amplifiée de toutes dimensions, élargie, creusée, aboutissant à couvrir une vaste surface de la couronne, et vous aurez le type actuel.

La dent affectée de la sorte se présente donc absolument modifiée d'aspect. Elle offre une large zone inégale et rugueuse, semée de saillies et d'anfractuosités alternantes, foncée de ton, d'une couleur jaune sale ou gris noirâtre.

Exagérez encore cet ensemble pathologique au double point de vue de l'étendue et de l'intensité des lésions, supposez-le généralisé, c'est-à-dire affectant toute la surface dentaire, et vous réaliserez alors le type monstrueux d'une dent complètement désorganisée, méconnaissable, n'ayant plus rien de l'aspect d'une dent, ne constituant plus qu'un tronçon informe. C'est là ce que, depuis Tomes, on désigne du nom singulier de *dent en gâteau de miel*, sans doute en raison des anfractuosités multiples que présente cette dent difforme et que l'on a comparées (avec une certaine complaisance, il faut le dire) aux alvéoles du gâteau de miel.

II. — *Deuxième groupe : Erosions affectant l'extrémité libre de la dent.*

Les malformations qui composent ce groupe se présentent sous des

Digitized by Google

aspects absolument différents suivant qu'elles affectent tel et tel ordre de dents. Nous aurons donc à les envisager séparément sur les molaires, les canines et les incisives.

I. — Commençons par les *molaires*.

Un point essentiel doit être spécifié tout d'abord. Dans l'ordre des dents molaires, il n'est qu'une seule dent sur laquelle se traduise l'influence hérédo-syphilitique ; c'est la *première grosse molaire*. Bornons-nous pour l'instant à énoncer ce fait, dont l'interprétation nous occupera plus tard.

La malformation consiste ici en une véritable atrophie du sommet de la dent (*atrophie cuspidienne* de Parrot).

Le corps de la dent, dans les deux tiers ou les trois quarts de sa hauteur, se présente à l'état normal. Mais son segment supérieur, au contraire, est amoindri dans tous ses diamètres, comme atrophié, comme rongé ; de plus, séparé du segment inférieur par une rigole circulaire, il paraît comme enchâssé dans celui-ci. Si bien qu'à première vue on dirait une dent plus petite sortant d'une dent plus grande, ou bien encore « un moignon d'ivoire émergeant d'une couronne normale » (Magitot).

Si l'on examine les choses de plus près, on remarque que la surface triturante de la dent est absolument modifiée d'aspect ; au lieu d'être lisse, unie, gracieusement divisée en une série de mamelons ou cuspides que séparent des sillons ondulés, elle se présente absolument irrégulière, hérissée d'éminences rugueuses, grenues ou acuminées, creusée d'anfractuosités plus ou moins profondes dont quelques-unes pénètrent jusqu'à l'ivoire, « bouleversée d'aspect », comme l'a dit un auteur anglais. En outre, cette surface, au lieu de la coloration nacrée, d'un blanc laiteux, qui distingue la dent normale, offre une teinte jaunâtre ou brune, sale, « sordide ».

Cet aspect est celui de la lésion *jeune*, telle qu'on l'observe dans l'enfance. Mais bientôt il se modifie et, avec les années, se transforme même absolument. Sous l'influence des frottements et de la trituration alimentaire, le moignon supérieur de la dent, d'ailleurs vicieusement constitué et partiellement dépourvu d'émail, ne tarde pas à s'user, à s'égrener, à s'émietter, à se détruire par parcelles. Finalement il disparaît. Reste alors une dent doublement remarquable : 1° parce qu'elle est notablement *raccourcie*, raccourcie de ce qu'elle a perdu ; — 2° parce qu'elle se termine par une surface absolument plane, par un *plateau* véritable, à centre jaunâtre et à bourrelet périphérique d'émail blanc.

Notez bien, Messieurs, ce dernier aspect. Car la *dent courte et plate* dont je viens de vous parler ne laisse pas, en ce qui nous concerne, d'avoir une signification diagnostique de haute valeur.

Digitized by Google

II. — Sur les *canines*, l'érosion de l'extrémité libre se traduit par telle ou telle des deux variétés suivantes :

1° Ou bien une simple *brèche* du sommet, en forme de V, comparable à l'entaillure que font sur un morceau de bois deux coups de canif convergents ;

2° Ou bien une véritable atrophie de l'extrémité libre, qui subit une forte échancrure circulaire et se réduit à un tronçon exigu, conique, lequel semble enchâssé dans le corps de la dent ou « comme emmanché dans une virole cylindrique » (Parrot).

III. — Sur les incisives, les variétés sont plus nombreuses. Il faut pour le moins en distinguer cinq. C'est beaucoup, à coup sûr ; mais rassurez-vous, car ces variétés sont des plus simples, et, pour la plupart, quelques mots suffiront à les caractériser.

1° Une première est constituée par une *brèche angulaire*, identique à celle que je vous décrivais il n'y a qu'un instant à propos des canines. C'est une entaillure plus ou moins irrégulière, entamant le bord libre de la dent.

2° Une seconde consiste dans la *dentelure* du bord libre, qui se trouve formée d'une série de petites saillies acuminées, séparées les unes des autres par un nombre correspondant de sillons. C'est là ce qu'on appelle la *dent en scie*.

3° Une troisième est caractérisée par *l'amincissement atrophique* du bord libre, avec *aplatissement antéro-postérieur*.

Supposez qu'une dent en cire soit comprimée et aplatie à son extrémité libre par les mors d'une pince, et vous aurez la représentation exacte de ce qu'est la variété en question. Le sommet de la dent affectée de la sorte se présente diminué d'épaisseur, aminci, aplati d'avant en arrière, quelquefois même réduit à une simple lamelle. Il est de plus inégal, irrégulier, rugueux, semé de sillons transverses ou verticaux. Enfin, il est modifié de teinte, jaunâtre ou gris, voire presque noirâtre sur quelques points.

En certains cas l'amincissement du sommet de la dent devient excessif. Dans une observation de M. Lailler, le bord libre d'une incisive supérieure était réduit, sur une hauteur de deux millimètres, à l'état d'une simple lamelle d'une minceur extraordinaire et « comparable à une feuille de gros papier » . — Il va sans dire que toute dent affectée de la sorte est peu résistante, friable, s'use et se casse facilement.

D'autres fois l'aspect de la lésion se modifie quelque peu. Le sommet de la dent n'est plus seulement aminci ; il est en outre irrégulier, comme *plissé*, et parcouru par des sillons verticaux. Sur une malade que j'observais récemment, les deux incisives médianes supérieures étaient

Digitized by Google

comme froncées à leur sommet, amincies, sinueuses sur leur bord tranchant, et divisées dans la moitié de leur hauteur par un sillon vertical assez profond.

4° Une quatrième forme reproduit cette *atrophie* générale du sommet que je vous ai déjà signalée à propos des molaires et des canines.

La dent se présente alors normale de base, puis brusquement étranglée, à quelques millimètres de son sommet, par un sillon circulaire, d'où émerge un petit tronçon rugueux, informe, à surface tourmentée, de couleur sale, grise ou jaunâtre.

5° Enfin, nous arrivons à une forme toute particulière, dont il a été bien des fois question depuis ces dernières années. Je veux parler de l'*érosion en échancrure semi-lunaire*, dite encore *échancrure en croissant*, *échancrure en coup d'ongle*, etc. C'est là ce que, plus couramment, on appelle la *dent d'Hutchinson*, dénomination à coup sûr bien légitime, puisque c'est à Hutchinson que revient le mérite d'avoir décrit cette malformation dentaire et d'en avoir saisi la signification pathologique.

Ici une longue description va être nécessaire, vu l'importance du sujet.

La lésion dentaire actuellement désignée sous le nom de « Dent d'Hutchinson » est constituée par un caractère majeur, auquel s'ajoutent ou non divers caractères accessoires.

Le caractère majeur réside dans une *échancrure semi-circulaire* occupant le bord libre de la dent.

Cette échancrure est généralement très accentuée, au moins dans la forme typique de la lésion. Elle entame le bord libre de la dent suivant une ligne courbe, régulièrement et presque gracieusement arciforme, dont la convexité regarde le collet de la dent. De sorte que ce bord libre figure un croissant et présente une perte de substance proportionnelle à ce qu'on appelle la flèche de l'arc.

Voici un bel exemple de cette échancrure semi-lunaire sur les incisives médianes supérieures, lesquelles, je dois le dire dès à présent, constituent pour elle un siège de prédilection par excellence (1).

Rien que par sa configuration et son siège, cette échancrure semi-lunaire s'impose au titre d'une lésion spéciale, ayant son individualité propre. Il n'est aucune lésion dentaire qui puisse lui être assimilée.

De même, au point de vue purement clinique, elle a une physionomie propre qui exclut tout risque de confusion. Elle s'atteste au premier coup d'œil, on peut le dire. Impossible de la méconnaître. Impossible de la mettre sérieusement en parallèle avec telle ou telle autre affection

(1) Pièce n° 351 (musée de Saint-Louis, collection particulière de l'auteur).

Digitized by Google

du système dentaire. Ce qui, objectivement, s'en rapprocherait le plus, c'est l'usure dentaire qui est déterminée par le tuyau de pipe, et qui, elle aussi, affecte une forme semi-lunaire. Mais que de signes différentiels entre ces deux lésions! A ne parler que du siège, l'attrition dentaire résultant de la pipe ne se produit guère que dans l'interstice de deux dents, et non sur une seule dent; — elle ne s'observe jamais sur les incisives médianes, pour la bonne raison que la pipe se tient latéralement, et non de face; — elle n'est jamais aussi régulière que l'échancrure d'Hutchinson qui a son centre de courbure correspondant d'une façon mathématique à l'axe de la dent, etc., etc. — De même, la brisure accidentelle d'une dent ne saurait donner le change pour une lésion d'Hutchinson, car une brisure ne se produit que d'une façon irrégulière et n'affecte jamais la forme d'une demi-lune.

L'échancrure en croissant, vous ai-je dit, est l'attribut essentiel, constitutif de la dent d'Hutchinson; mais ce n'en est pas l'attribut exclusif. Alors du moins qu'elle affecte les incisives médianes supérieures (seul siège où je continuerai à l'envisager pour l'instant), il s'y adjoint fréquemment telles ou telles des particularités suivantes qui, toutes, à des degrés divers, sont dignes d'attention.

1° *L'échancrure dentaire est presque toujours taillée en biseau aux dépens de son bord antérieur.*

En d'autres termes, le bord antérieur de l'arcade semi-lunaire est entaillé obliquement de haut en bas et d'avant en arrière, comme si un copeau avait été détaché de ce bord par un instrument tranchant.

Petit détail en apparence, mais détail important en réalité, dont nous verrons plus tard l'intérêt spécial.

2° *La dent d'Hutchinson est le plus souvent remarquable par ses angles arrondis.*

A l'état normal, les bords latéraux d'une incisive moyenne supérieure forment avec son bord inférieur un angle bien net, à sommet aigu très accentué.

Ici, au contraire, pas d'angle, pas de sommet aigu; les bords latéraux se raccordent avec le bord inférieur par une ligne courbe, arrondie.

3° Souvent encore la dent d'Hutchinson présente un *diamètre vertical notablement réduit.* Ce caractère de *dent courte* est très frappant chez certains sujets.

4° Parfois aussi, c'est une *dent étroite*, à diamètre transverse au-dessous de la normale.

Vous savez qu'à l'état physiologique les incisives médianes supérieures se distinguent des latérales par un excès notable de leur diamètre transverse. Eh bien, dans le type d'Hutchinson, il arrive quelquefois qu'elles

Digitized by Google

ne sont pas plus larges que ces dernières, c'est-à-dire qu'elles subissent un rétrécissement latéral. De là un aspect non pas positivement disgracieux, mais insolite et étrange.

5° Il n'est pas rare, et c'est là un point sur lequel les auteurs anglais ont particulièrement insisté, que la dent d'Hutchinson affecte la configuration dite *en tournevis*, c'est-à-dire se présente 1° renflée et large au niveau de son collet, 2° rétrécie au niveau de son bord libre. Cette configuration (qui est précisément l'inverse de la disposition physiologique) rappelle assez exactement la forme d'un instrument de serrurerie bien connu, le tournevis.

6° Enfin, les incisives médianes supérieures, affectées de l'échancrure d'Hutchinson sont fréquemment déviées comme direction, par suite d'une implantation vicieuse. Au lieu d'avoir leurs axes verticaux parallèles, elles sont légèrement inclinées en bas et en dedans, de façon à converger l'une vers l'autre. On les dit, en langage technique, *obliques-convergentes*.

Ce que je viens de vous décrire constitue le type complet, le type parfait, dirai-je, de la dent d'Hutchinson. C'est là ce qu'on observe dans une certaine période de la vie, dans une période propice à la constatation des diverses particularités qui précèdent; et cette période, c'est l'adolescence.

Mais ce type est loin d'être unique et immuable. Il comporte d'abord des différences de degré, c'est-à-dire qu'il est plus ou moins accentué suivant les cas. De plus, il offre des variétés en relation avec les divers âges, et ceci est d'importance majeure, comme vous allez le voir.

En premier lieu, la dent d'Hutchinson ne sort pas de la gencive avec l'échancrure *évidée* que je vous ai décrite précédemment. A l'origine, cette échancrure se présente, sinon comblée, du moins en partie occupée par de petites végétations atrophiques de tissu dentaire. La courbure de l'arcade est semée, hérissée de ces productions, sous forme de bourgeons acuminés, de pointes, de « spinules », qui figurent là une sorte de fine dentelure. Quelquefois encore un lobule plus considérable, en forme de cône tronqué, s'observe au sommet de la courbe.

Ces productions ne sont que des reliquats, des vestiges du processus atrophique qu'a subi la dent à l'époque de sa formation. Dépourvues d'émail, non résistantes, friables, elles s'émoussent, s'usent, s'émiettent et se détruisent très rapidement. Si bien qu'après quelques années elles disparaissent complètement, en laissant à leur place l'échancrure *évidée*, semi-lunaire, que vous connaissez déjà.

Second point, et celui-ci offrant un réel intérêt pratique : la dent

Digitized by Google

d'Hutchinson se modifie comme forme au delà de l'adolescence et finit par perdre absolument son échancrure caractéristique.

Sous l'influence de l'usure fonctionnelle, l'arcade du bord libre diminue progressivement de hauteur, et sa flèche mathématique se raccourcit. On dirait une voûte qui s'affaisse. Vient un moment où la courbe de cette voûte est à peine sensible. L'arc semble s'être étalé. Finalement, toute trace d'échancrure disparaît, et le bord libre se transforme en une ligne presque droite, horizontale.

Précisons. Dès l'âge de vingt à vingt-deux ans, l'arcade s'est notablement affaissée. A vingt-cinq ans, elle devient presque plane.

Mais, à cette époque, il subsiste encore, au moins pour quelque temps, un signe particulier qui permet de reconnaître la lésion. C'est le *biseau du bord antérieur de la dent*. Veuillez vous rappeler que l'échancrure d'Hutchinson est entaillée de haut en bas et d'avant en arrière aux dépens de son bord antérieur. Or, ce biseau, qui couronne et domine l'échancrure, n'est affecté naturellement qu'en dernier lieu par l'usure générale de la dent. De sorte qu'il persiste, encore parfaitement reconnaissable, à l'époque où l'échancrure a disparu. Il constitue donc un *dernier vestige* de la lésion.

Un heureux hasard m'a permis de vous montrer aujourd'hui même un beau spécimen du genre. La malade couchée au lit n° 18 de la salle Henri IV est née de parents syphilitiques et a été affectée de divers accidents de syphilis héréditaire. Elle avait très certainement (son témoignage est formel à cet égard) ses deux incisives moyennes supérieures fortement échancrées. Mais « cela a disparu avec l'âge », affirme-t-elle, et, aujourd'hui qu'elle a atteint sa vingt-cinquième année, elle ne présente plus qu'un léger vestige de cette disposition ancienne, sous forme d'un *biseau arqué* occupant le bord libre de la dent et entaillé aux dépens de son arête antérieure.

Telle est la dent d'Hutchinson à vingt-cinq ans.

Au delà de cet âge, le biseau s'efface à son tour. Plus rien ne reste alors de la malformation primitive, si ce n'est une dent raccourcie, qui n'a plus de signification particulière. Si bien, comme on l'a justement dit, qu'au delà d'une trentaine d'années « il n'y a plus de dent d'Hutchinson ».

La malformation dentaire dont je viens de vous entretenir n'est pas seulement spéciale par sa configuration; elle l'est encore, et à un degré équivalent, par sa localisation habituelle. Ainsi :

1° D'une façon qu'on peut presque qualifier de constante, elle a pour siège les *incisives médianes supérieures de la seconde dentition*.

Digitized by Google

2° Il est non moins habituel qu'elle affecte ces deux dents d'une façon exactement similaire, symétrique.

3° Il est fréquent qu'elle les affecte d'une façon exclusive.

C'est-à-dire que, comme règle, l'érosion en échancrure se rencontre sur les deux grandes incisives; — qu'elle est sur l'une ce qu'elle est sur l'autre; — et que les autres dents ne participent pas à cet ordre de malformation, tout en pouvant présenter coïncidemment telle ou telle malformation d'autre genre. A cet égard, il est curieux, par exemple, de rencontrer usuellement, à côté des incisives médianes échancrées, les incisives latérales exemptes de toute échancrure.

Toutefois, après avoir déterminé ce qu'on peut appeler la règle, il faut tenir compte des exceptions. Or, chacune des trois propositions que je viens de formuler a ses cas exceptionnels, et force nous est de dire comme contre-partie à ce qui précède :

1° Que l'échancrure d'Hutchinson ne s'observe pas seulement sur les incisives médianes supérieures de la seconde dentition; on l'a rencontrée sur les mêmes dents de la première (à preuve cette belle pièce de M. Parrot, que je vous ai déjà montrée); — qu'elle s'observe parfois, dans la seconde dentition, sur d'autres dents que les grandes incisives, à savoir : les incisives supérieures latérales, les incisives inférieures, voire (mais exceptionnellement) les canines.

2° Qu'elle peut affecter à des degrés inégaux les deux incisives médianes supérieures;—qu'elle peut même n'en affecter qu'une seule, l'autre restant indemne. Les cas de ce genre sont *très rares* à coup sûr, mais bien authentiques. Legros Clark (1), Hutchinson (2), Moon (3) en ont cité des exemples. J'ai dans mes notes une observation semblable, où l'une des grandes incisives était absolument normale, tandis que l'autre offrait un type accompli de l'échancrure semi-lunaire.

3° Que plusieurs ordres de dents peuvent, en même temps que les grandes incisives, présenter le type de l'échancrure semi-lunaire. De cela je puis vous donner immédiatement la preuve.

Un malade actuel de nos salles, fils d'une mère syphilitique et affecté d'accidents spécifiques d'origine congénitale, offre diverses malformations du sytème dentaire, entre autres des échancrures bien accentuées 1° sur les grandes incisives supérieures ; 2° sur les deux incisives moyennes inférieures; 3° sur une canine.

De même sur une petite malade de douze ans, que nous montrait der-

(1) *The medical Times*, t. I., p. 597, 1859.

(2) *The medical Times*, t. I, p. 359, 1863. — *Clinical lectures and reports by the med. and surg. staff of the London hospital*, vol. II, p. 172, 1863.

(3) *The Monthly review of dental surgery*; traduct. dans le *Progrès dentaire*, 1877.

Digitized by Google

nièrement mon collègue et ami le Dr Besnier, vous avez pu constater *six dents* affectées de superbes échancrures d'Hutchinson, à savoir : les deux grandes incisives supérieures, comme d'usage, et les quatre incisives inférieures.

VI

Telles sont les formes multiples de ce qu'on appelle l'érosion dentaire.

Après vous les avoir décrites individuellement, il me reste à ajouter qu'elles sont loin de se présenter toujours d'une façon isolée. Loin de là. Fréquemment, très fréquemment, elles se rencontrent en coïncidence.

Ainsi, rien de plus commun que de constater sur un même sujet des érosions dentaires de divers types sur diverses dents, ici des sillons, là des cupules ou des facettes, ailleurs des encoches angulaires ou des atrophies cuspidiennes.

Il est même assez fréquent de trouver réunies sur une même dent deux ou trois variétés d'érosions. En voici quelques exemples sur ces diverses pièces, où vous verrez telles ou telles dents présenter à la fois des cupules, des sillons, des atrophies du bord libre. Toutes les variétés d'érosions se prêtent à ces combinaisons multiples. Il n'est guère que l'échancrure d'Hutchinson qui, à cet égard, fasse exception à la règle commune, en constituant assez souvent une lésion exclusive.

Rien d'étonnant à la coexistence habituelle de ces diverses formes de l'érosion dentaire. Ce ne sont là, en effet, que des variétés d'une seule et même lésion. Elles peuvent bien revêtir des aspects objectifs différents; en réalité, elles dérivent toujours d'un seul et même processus morbide. Ainsi que l'a fort bien dit et démontré M. Magitot, « *l'érosion est une* », et les diversités d'allure, de physionomie, qu'elle présente ne sont que des apparences variées d'un même état pathologique.

VII

Les érosions dentaires nous sont maintenant connues en tant que lésions. Mais plusieurs particularités essentielles de leur histoire clinique et anatomique nous restent à spécifier.

I. — Un mot d'abord sur leurs localisations habituelles.

Elles peuvent affecter l'une et l'autre dentition. Mais elles s'observent

Digitized by Google

bien plus fréquemment sur les dents permanentes que sur les dents de lait.

A ne parler que de la seconde dentition (celle que nous avons à consulter surtout pour le diagnostic spécial dont nous recherchons les éléments), les érosions dentaires se rencontrent par ordre de fréquence :

1° Sur les *premières grosses molaires* ;

2° Sur les *incisives*;

3° Sur les *canines*.

Sans contradiction possible, ce sont les premières grosses molaires (celles surtout de la mâchoire inférieure) qu'on trouve le plus souvent affectées par l'érosion. D'abord, on peut poser en principe que, si un ordre quelconque de dents est touché par l'érosion, il est absolument exceptionnel que les premières molaires restent intactes. Et, d'autre part, il n'est pas rare qu'elles soient seules atteintes, à l'exclusion des autres dents.

Inversement, il est des groupes dentaires qui, presque invariablement, sont respectés par l'érosion. Ces dents *épargnées* sont :

1° Le groupe des petites molaires;

2° Les deuxièmes et troisièmes grosses molaires.

II. — Si j'avais à traiter de l'érosion au point de vue odontologique, nombre de questions importantes devraient trouver place ici. Mais à dessein j'élaguerai de cet exposé tout ce qui n'a pas rigoureusement trait à notre sujet spécial. Je pourrai donc de la sorte me borner aux quelques propositions suivantes :

1° *Presque invariablement les érosions dentaires sont multiples.*

Au minimum, elles affectent deux dents; bien plus souvent, quatre, six, huit, dix; quelquefois douze et seize.

C'est une exception absolument extraordinaire de ne trouver qu'une seule dent érodée. J'ai cependant un cas de ce genre dans ma clientèle. Un jeune homme, fils de parents syphilitique et syphilitique lui-même de naissance, présente une première grosse molaire inférieure affectée d'une atrophie cuspidienne absolument caractéristique, tandis que toutes ses autres dents sont indemnes de la plus légère altération.

2° *Presque invariablement les érosions dentaires sont symétriques*, c'est-à-dire frappent d'une façon similaire les dents homologues.

Que si, par exemple, la canine droite inférieure porte une érosion à son sommet, il y toutes chances pour que la même lésion se retrouve sur la canine inférieure gauche.

Cette *loi de symétrie* ne souffre que de très rares exceptions.

3° *Les érosions des dents homologues occupent rigoureusement le même niveau sur la couronne.*

Digitized by Google

C'est-à-dire : si une érosion est située à telle hauteur sur la couronne d'une dent gauche, la dent homologue droite présentera une érosion qui sera située exactement *à la même hauteur* sur sa couronne.

Exemples :

Soit une incisive médiane inférieure du côté gauche offrant un sillon transverse à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de sa couronne; presque infailliblement vous trouverez sur la dent homologue droite un même sillon situé rigoureusement à la même hauteur, c'est-à-dire à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la couronne.

De même, soit une échancrure angulaire occupant le sommet d'une canine inférieure; presque fatalement le sommet de l'autre canine sera le siège d'une échancrure semblable ou de toute autre variété d'érosion.

4° *Les érosions sont situées à des hauteurs différentes sur les dents d'ordre différent; — et ces différences de niveau sont en relation anatomiquement précise avec les différences chronologiques d'évolution de ces diverses dents.*

Ceci est plus délicat et demande quelques explications.

Premier point : Si l'on compare, sur deux dents érodées d'espèce différente, le niveau de la couronne où s'est faite l'érosion sur chacune d'elles, toujours on constate qu'elle siège de part et d'autre à des hauteurs différentes.

Prenons pour exemple une canine et une incisive médiane de la mâchoire inférieure. Sur la canine, l'érosion occupera le sommet de la dent; sur l'incisive, elle siégera à un ou deux millimètres environ du bord libre.

Et toujours les choses se présenteront de la sorte; toujours il y aura inégalité de niveau pour l'érosion entre deux dents d'espèce différente. C'est là un fait constant.

Second point : Le fait qui précède est en relation avec le développement physiologique des divers ordres de dents. Pour vous en convaincre, interrogez les lois d'évolution normale du système dentaire, et vous constaterez que les différences qui interviennent dans le développement réciproque des divers ordres de dents correspondent exactement aux différences de niveau qu'affecte l'érosion sur ces mêmes dents.

Je reprends l'exemple dont je me servais à l'instant.

Nous avons vu qu'entre une incisive et une canine il y avait une différence, comme niveau d'érosion sur la couronne, d'un à deux millimètres environ. Eh bien, que savons-nous, d'autre part, sur l'évolution réciproque de ces deux dents? Ceci : que la canine *retarde* sur l'incisive comme début de développement, qu'elle commence seulement à se calcifier après celle-ci, et qu'à l'époque où son sommet n'est encore

Digitized by Google

qu'en ébauche de formation, déjà l'incisive mesure un ou deux millimètres de dentification accomplie.

Donc, il y a un rapport précis entre ces deux termes : hauteur de l'érosion sur la couronne et degré du développement dentaire à un moment donné. Ce qui revient à dire : l'érosion se produit plus loin ou plus près du sommet de la dent suivant que la dent est plus ou moins précoce de développement.

D'où cette conséquence que les hauteurs de niveau, pour des érosions affectant des dents d'ordres différents, sont en relation avec les différences chronologiques d'évolution de ces diverses dents.

Ne vous alarmez pas trop, messieurs, de ces détails techniques. Ils n'ont rien que de très simple en somme, et vous jugerez avec moi dans un instant qu'ils sont indispensables à connaître pour interpréter sainement la pathogénie et la valeur séméiologique de l'érosion dentaire.

III. — Un court aperçu d'anatomie pathologique servira de complément à ce qui précède.

Si l'on pratique une coupe verticale sur une dent affectée d'érosion, on constate d'abord, à simple vue ou avec le secours de la loupe, que le profil de la dent présente une ou plusieurs anfractuosités à fond rugueux, inégal et noirâtre. Ces anfractuosités ne sont rien autre que les érosions, entamant et excavant la substance dentaire à des profondeurs variées. Tantôt la lésion n'intéresse que l'émail, dont une couche amincie et altérée se retrouve au fond du sillon ; tantôt elle pénètre jusqu'à l'ivoire.

A l'examen microscopique, l'émail apparaît déchiqueté au niveau même de la lésion. Ses tubes sont brisés à des hauteurs inégales et leurs extrémités constituent une surface irrégulière, rugueuse, comme hérissée. Ils semblent de plus avoir perdu leur cohésion réciproque et n'être plus qu'imparfaitement soudés les uns aux autres. Au dessus et au dessous de l'érosion l'émail reprend ses caractères normaux.

Jusqu'ici rien de bien extraordinaire, et surtout rien d'inattendu. Mais l'état de l'ivoire nous réserve une surprise.

Au niveau de l'érosion, et rien qu'à ce niveau, l'ivoire est affecté. Il est affecté suivant le parcours d'une zone horizontale correspondant au plan de l'érosion. S'il n'y a qu'une érosion, on ne trouve qu'une bande d'ivoire altéré de la sorte; mais s'il y en a plusieurs, comme dans les dents en gradins, on rencontre un nombre égal de zones d'ivoire malade, séparées par des zones d'ivoire sain. Topographie à coup sûr des plus curieuses et des plus instructives, comme nous le verrons plus tard, au point de vue de la pathogénie de la lésion.

Dans toute l'épaisseur des zones qui correspondent aux érosions, la substance de l'ivoire est altérée d'une façon spéciale. Ce serait sortir de

Digitized by Google

mon sujet que de vous décrire les détails anatomiques de cette lésion; il me suffira de vous dire qu'on observe là une forme de dégénérescence du tissu dentaire qualifiée en pathologie spéciale du nom de *transformation globulaire de la dentine,* et principalement constituée par une anomalie de texture de l'ivoire. Cette lésion est bien connue des odontologistes et considérée par eux comme « le résultat d'un vice de formation nutritive de la dent » (1).

Peu nous importent ces détails techniques. L'essentiel à retenir pour nous, c'est que l'érosion dentaire n'est pas ce qu'on pourrait croire, une simple lésion de surface; de par l'anatomie, c'est à la fois une lésion de surface et de profondeur; c'est une lésion *de toute la dent.*

VIII

Cela connu, pouvons-nous actuellement, d'après les données qui précèdent, nous faire une idée de ce qu'est l'érosion dentaire, de sa pathogénie, du mécanisme de sa production? Oui, et quelques propositions générales résumeront ce qu'il est permis d'inférer à ce sujet.

1° *L'érosion dentaire est une lésion contemporaine de l'époque de formation de la dent.*

Cela est bien manifeste, puisque la dent érodée sort érodée de son alvéole, puisqu'on la trouve érodée dans son alvéole lorsqu'on a le soin d'aller l'y chercher.

Donc, telle que nous la voyons à un moment donné, l'érosion n'est jamais que le stigmate d'une lésion ancienne, et d'une lésion ayant évolué, s'étant accomplie au cours de la vie alvéolaire de la dent.

2° *L'érosion dentaire est la conséquence d'une interruption momentanée survenue dans le processus de dentification à l'époque où se constitue la dent.*

Proposition non moins évidente, puisque, sur une dent ainsi affectée, ce qui fait défaut est une portion même de sa substance, et puisque cette portion fait défaut non pas parce qu'elle a été détruite, mais parce qu'elle ne s'est pas formée.

Nous avons également le droit de dire que cette interruption de formation a été « momentanée ». Puisqu'en dessus et en dessous de cette portion non formée de la couronne, nous trouvons la dent normalement et régulièrement constituée, c'est donc, de toute nécessité, que ce stade de non-formation n'a eu qu'une durée passagère.

(1) V. Magitot, ouvrage cité.

Digitized by Google

De sorte qu'en définitive il n'y a pas témérité bien grande à se représenter comme il suit le mécanisme intime de l'érosion.

Une dent est, je suppose, en voie de formation, et déjà son sommet s'est revêtu d'une zone solidifiée qu'on appelle en langage technique le *chapeau de dentine*. Si les choses suivaient leur cours habituel et normal, ce processus irait se continuant dans la direction du collet et aboutirait à constituer une dent régulière. Mais survient une cause morbide qui trouble la nutrition de l'organe. Sous cette influence, il se fait un apport moindre, insuffisant, de matériaux nutritifs. Les cellules qui devaient, en s'incrustant de dépôts calcaires, prolonger le chapeau de dentine subissent une sorte d'atrophie ; la calcification est suspendue ou ne s'accomplit que d'une façon incorrecte, défectueuse. De là, comme conséquence, une zone dentaire vicieusement et incomplètement formée, se traduisant en méplat sur la couronne par insuffisance de développement. Voilà l'érosion constituée. Puis la cause morbide cesse d'agir ; la nutrition dentaire rentre dans l'ordre, et la dent reprend alors sa croissance normale, sa physionomie normale. Mais n'importe. Reste toujours, entre les deux segments normaux, la zone intermédiaire *atrophique*, à l'état de lésion indélébile, irréparable, définitive.

Tel est, n'en doutez pas, messieurs, le processus d'où dérive l'érosion.

Et même, ce ne sera pas non plus nous hasarder dans des hypothèses bien aventureuses que d'ajouter à cette pathogénie les quelques corollaires suivants.

Très vraisemblablement, l'importance des érosions dentaires comme étendue et comme profondeur doit être en rapport avec l'intensité, le caractère et la durée d'intervention de la cause morbide dont elles procèdent.

Si cette cause est puissante, active, intense, si elle a une durée longue, ce qui pourra en résulter sera une érosion étendue, creuse, large, importante en un mot.

Si cette cause est légère et peu durable, l'érosion qui la traduira ne sera que superficielle, grêle, proportionnellement minime.

Si cette cause intervient à plusieurs reprises, avec des entr'actes où elle suspend son action, plusieurs érosions successives se produiront sur la couronne, de façon à déterminer ce qu'on appelle la dent à sillons multiples, la dent en gradins ; etc., etc.

Tout cela est à la fois simple et logique. Et je dirai même que ces diverses inductions commencent à sortir du domaine de l'hypothèse. Déjà elles comptent à leur actif, pour la plupart, un certain nombre d'observations sérieuses. Ce seront là bientôt, j'en ai la conviction, des vérités indiscutables.

Digitized by Google

3° *L'érosion dentaire est le résultat d'une influence morbide d'ordre général.*

En effet, si la cause qui détermine l'érosion était d'ordre purement local, son action devrait forcément se limiter à une circonscription toute locale, et ce qu'elle aboutirait à produire serait ceci : une dent altérée, un groupe de dents voisines affectées d'une façon identique ou analogue.

Supposons comme exemple une périostite — cause locale — se développant sur un point des maxillaires, soit la moitié gauche du maxillaire inférieur. Une telle lésion pourra bien, à coup sûr, retentir sur les dents comprises dans cette moitié gauche du maxillaire inférieur et leur infliger un arrêt de formation, une dystrophie quelconque. Mais elle bornera là son action, elle ne fera rien de plus. Elle n'exercera aucune influence sur les dents de l'autre moitié du maxillaire inférieur, non plus que sur celles de la mâchoire supérieure.

Une cause locale n'est appelée à produire que des résultats locaux. En l'espèce, une cause locale est absolument insuffisante à rendre compte des effets observés, à savoir 1° d'altérations *multiples* et *disséminées* du système dentaire, portant sur l'une et l'autre mâchoire; 2° d'altérations *symétriques* affectant de part et d'autre des dents homologues; 3° d'altérations *systématiques*, affectant au même niveau des dents de même ordre, à des niveaux divers des dents dissemblables, etc. Ce n'est, de toute évidence, qu'une cause *générale* qui peut servir d'origine à de telles lésions.

Entendons-nous bien toutefois. Je ne prétends en rien qu'il n'y ait que des altérations dentaires dérivant de causes générales. Il en est, certes, qui résultent de causes toutes locales, notamment d'affections osseuses, et, loin de les révoquer en doute, je les signalerai bientôt à votre attention. Mais c'est là une catégorie à part de lésions dentaires, se différenciant absolument de celles qui nous ont occupés jusqu'alors, et s'en différenciant surtout par leur caractère topographique exclusivement local.

Celles-ci, laissons-les de côté pour l'instant, et concluons en disant :

1° L'érosion dentaire, telle qu'elle se présente habituellement, c'est-à-dire constituant un ensemble de lésions multiples, disséminées, symétriques, systématiques, etc., ne saurait être considérée comme l'affection d'une ou de quelques dents ; elle traduit de toute évidence l'affection d'un système organique.

2° Elle serait inexplicable par l'action d'une cause exclusivement locale. Il faut de toute nécessité qu'elle soit le produit d'une influence d'ordre général.

Maintenant, quelle est cette influence ? C'est là ce que nous avons surtout intérêt à connaître pour notre sujet actuel, et c'est là ce qu'il nous reste à rechercher. (*A suivre*).

Digitized by Google

II.

LICHEN HYPERTROPHIQUE ET NIGRITIE.

OBSERVATION CLINIQUE ET RECHERCHES HISTOLOGIQUES.

Par le Dr **Ernest CHAMBARD**, chef de clinique dermatologique et syphiligraphique à la Faculté de médecine de Lyon.

Le malade qui fait l'objet de cette communication (1) me paraît mériter, à un double titre, d'attirer l'attention; il offre, à la fois, un exemple assez rare de *nigritie héréditaire*, et un cas remarquable d'une dermatose encore incomplètement décrite : le *lichen hypertrophique*. Je me propose de décrire cette dernière affection, d'en exposer les caractères histologiques et d'en discuter le diagnostic, le pronostic et le traitement.

I. — Le nommé G..., né à Chalon-sur-Saône et exerçant le métier de chaudronnier, est un jeune homme de 20 ans, de petite taille et d'embonpoint médiocre, mais bien constitué et normalement développé. Son intelligence est saine, sans être vive, et ses fonctions organiques s'exercent d'une manière satisfaisante. Il appartient actuellement à la clinique dermatologique et syphiligraphique de la Faculté, où M. le professeur *Gailleton* et M. le docteur *Rebatel* l'ont longuement étudié; qu'il me soit permis, à ce propos, de remercier ici mon maître et mon prédécesseur de précieuses indications qu'ils ont bien voulu me donner à son sujet.

Si nous négligeons, pour un instant, l'affection cutanée dont G... porte les stigmates si visibles, nous n'en sommes pas moins frappés de l'étrangeté de son habitus et de sa physionomie. La coloration bistre de sa peau, qui n'est blanche qu'à la paume des mains et à la plante des pieds, la pigmentation extrême de ses mamelons et de leurs aréoles, la noirceur de ses cheveux et des autres régions pileuses de son corps, la teinte rouge sombre de ses muqueuses, la conformation enfin de sa face dont le squelette est saillant et les mâchoires légèrement prognathes, le rendent bien différent des individus que nous sommes habitués à voir chaque jour. Ces caractères, dont je discuterai plus tard l'origine, me paraissent avoir une signification anthropologique et constituer un type ethnique. Quel est ce type? C'est là, messieurs, une question qu'un ethnographe compétent pourrait seul résoudre, mais que je veux poser dès à présent, pour bien distinguer l'hyperchromie tégumentaire nor-

(1) Ce travail, destiné à la Société des sciences médicales de Lyon, était déjà rédigé, lorsque, le malade qui en est l'objet ayant brusquement quitté le service, nous avons dû renoncer à notre communication dont sa présence aurait fait tout l'intérêt. — Les lecteurs des *Annales* nous pardonneront de conserver à notre mémoire une forme oratoire qui n'a plus sa raison d'être et d'éviter ainsi de lui faire subir un remaniement aussi fastidieux qu'inutile.

Digitized by Google

male et congénitale que présente le malade, des lésions cutanées, pathologiques et acquises dont je vais maintenant m'occuper.

Un simple coup d'œil jeté sur G... nous montre que, chez lui, les téguments de toute la moitié supérieure du corps et des membres supérieurs ont subi des modifications considérables. A partir de la ceinture, la peau paraît noire comme celle d'un nègre, dure, épaisse, profondément sillonnée de plis énormes et hérissée de plaques saillantes qui constituent, à la région pelvienne, une sorte de caleçon. Par sa couleur et sa consistance, elle présente quelques analogies avec celle d'un jeune pachyderme, et je doute que jamais peau humaine ait mieux ressemblé à celle d'un éléphant. Un examen plus attentif permet, cependant, de rapporter à un processus unique de *dermite chronique formatrice* ces altérations, si variées en apparence, dont je vais étudier successivement les caractères et le mode de répartition.

L'*ichthyose* est le premier degré et le degré le plus atténué de ce processus: ici elle existe seule, là elle se surajoute à des lésions plus profondes auxquelles prend part le derme lui-même. Nous l'observons à l'état de pureté sur le tronc : l'épiderme est sec, épais, vernissé, parcouru de sillons plus accusés qu'à l'état normal et nettement dessinés par des traînées blanches dues à la poussière épidermique qui s'y accumule. Dans la même région, nous voyons un semis de papules acuminées, marquées à leur sommet par un point noir un peu saillant et semblable à des points d'acné punctata. Si nous saisissons ce point avec une pince à épiler, nous extrayons d'une petite cavité infundibuliforme dont chaque papule est creusée, un moule d'épiderme corné. Ces papules sont dues à la distension des follicules pileux par cet épiderme. Ce sont des papules d'ichthyose pilaire.

A un degré plus avancé, le derme, dans ses couches sous-jacentes à l'épiderme épaissi, prend part au processus d'inflammation formative. Vous voyez sur le tronc, sur les membres, des taches violacées, sans saillie appréciable, de forme irrégulièrement arrondie, de la dimension d'une lentille, ne disparaissant pas sous la pression du doigt et groupées en nappes tantôt irrégulières et diffuses, comme à la région épigastrique et sur les membres, tantôt arrondies et mieux limitées comme au voisinage des régions axillaires. Au niveau de ces nappes le caractère ichthyosique de l'épiderme s'est encore accentué. Je donnerai à ces taches qui paraissent réalisés par une ectasie veineuse et une pigmentation hématique superficielles du derme, le nom de *macules pachydermiques*.

Dans un troisième degré, les macules se fransforment en *papules*. A la dilatation vasculaire et à la pigmentation, ont dû s'ajouter un certain degré d'œdème et d'infiltration embryonnaire du derme. Ces papules sont petites, arrondies, bien distinctes les unes des autres, bien que confluentes en beaucoup de points. Elles se rencontrent partout, et principalement au voisinage de plaques saillantes que je décrirai tout à l'heure ; mais en beaucoup de points elles sont si pressées les unes contre les autres, si bien cachées sous la couche d'épiderme desquamant qui recouvre la surface cutanée, qu'il faut, pour les apercevoir, être prévenu de leur existence.

Nous avons vu, messieurs, l'irritation formative de la peau se traduire, d'abord, par une hypersécrétion d'épiderme corné, puis par de simples macules sous-épidermiques, puis enfin par des papules qui constituent une véritable affection lichénoïde; nous allons voir maintenant, ce processus amener en outre, ici un épaississement diffus de la peau et là, la formation de papules

Digitized by Google

colossales qui justifieront le terme de lichen hypertrophique sous lequel on pourrait désigner l'affection qui nous occupe.

La *pachydermie diffuse* a son type à la jambe. Sur toute cette région, la peau est tendue, dure, résistante, étroitement appliquée aux parties sous-jacentes, et c'est avec peine que l'on parvient, en la pressant entre les doigts, à y faire un pli. Sa surface, rugueuse et hérissée de petites papilles, paraît noire, au premier abord, bronzée comme la peau d'un nègre ou d'un sujet atteint de maladie d'Addison; en réalité, sa teinte est d'un rouge violet foncé sur lequel un enduit blanchâtre, qu'un frottement rude détache, vient mettre comme une couche de givre; elle est, en outre, pointillée de petites croûtelles blanc jaunâtre qui représentent autant de bouchons cornés oblitérant les follicules pileux déjà sensiblement dilatés; mais moins qu'en d'autres points que j'étudierai bientôt.

Les *plaques pachydermiques diffuses* forment une transition entre les vastes surfaces dures et relativement unies que je viens de décrire et les plaques saillantes et bien limitées qui semblent constituer le plus haut degré du processus dont nous étudions, en ce moment, les phases successives. Nous en avons de beaux exemples à la région dorsale, aux coudes et aux genoux. Ce sont des plaques épaisses, mal circonscrites, dont les bords se continuent en mourant avec la peau ambiante. Leur surface rendue inégale par de profonds et larges sillons qui ne sont que les plis normaux de la peau dont les dimensions ont peut-être décuplé, présente la coloration d'un brun violacé, l'enduit ichthyosique et la ponctuation folliculaire sur lesquelles j'ai déjà insisté à plusieurs reprises.

Voici enfin, messieurs, les *plaques pachydermiques circonscrites* que nous pouvons observer à la cuisse, à l'état d'isolement et de pureté. De forme généralement arrondie, bien limitées par un rebord nettement saillant, surélevées de plusieurs millimètres au-dessus des téguments qui leur servent de base, de consistance ferme, sans être rénitente, ces plaques sont le siège d'une desquamation épidermique abondante et parfaitement sèche, et sont parsemées de croûtelles qui oblitèrent des follicules pileux dont la dilatation est ici énorme. Sous cette couche épidermique, leur coloration est la même que celle des éléments qui nous ont occupé jusqu'ici, mais leur surface est plus inégale encore : elle est divisée en véritables mamelons par les plis de la peau dont les dimensions sont considérablement accrues. Malgré l'épaisseur et la dureté de l'épiderme corné qui les protège, elles sont très vulnérables et deviennent, si elles reçoivent un choc ou sont trop vivement grattées par le malade, le siège d'une hémorrhagie relativement abondante, dont la connaissance de leur structure nous donnera la clef.

Tels sont, messieurs, les divers éléments dont se compose la dermatose que nous étudions chez notre malade, et vous pouvez déjà pressentir, même sans le secours de l'examen histologique, que l'ichthyose épidermique et pilaire, les macules, les papules, les plaques pachydermiques diffuses ou circonscrites, sont les divers termes successifs d'un même processus d'irritation chronique de la peau tendant et aboutissant à l'hypertrophie des deux systèmes histologiques qui concourent à former cette membrane : l'épiderme et le derme. Il nous reste maintenant, pour achever l'examen de notre sujet, à mettre ces lésions en place, à en montrer le mode de répartition, à suppléer, en un mot, par une description topographique aussi claire que possible, aux photographies et aux aquarelles que je fais passer sous vos yeux.

Il suffit de jeter les yeux sur G... pour être frappé de la forme générale-

Digitized by Google

ment arrondie des éléments éruptifs, de leur localisation aux membres et à la moitié inférieure du corps, et de la symétrie remarquable qui préside à leur répartition. Ces faits seuls, nous le verrons en étudiant l'histoire de la dermatose que nous avons sous les yeux, suffiraient peut-être, en dehors de tout autre renseignement, à nous en faire pressentir l'origine.

Nous constatons d'abord que la face, le cou, et la partie supérieure du thorax, sont indemnes de toute lésion cutanée. Plus bas, l'épiderme devient ichthyosique et se montrent les différentes lésions que j'ai décrites et dont voici le mode de répartition.

La face antérieure du tronc, jusqu'à la ceinture pelvienne, est relativement peu chargée : nous y remarquons cependant entre les deux seins, au niveau de la région épigastrique, un placard diffus et assez vaste de macules pachydermiques, et sur les régions hypochondriaques, sus-ombilicale, sous-ombilicale et iliaques, un semis abondant de papules d'ichthyose pilaire.

La face postérieure du tronc est parsemée, de chaque côté de l'axe vertébral, entre l'angle inférieur des omoplates et les crêtes iliaques, de macules et de papules pachydermiques très irrégulièrement disséminées. Nous y observons également, juste sur la région vertébrale, une vaste plaque pachydermique diffuse, légèrement saillante, allongée dans le sens de la colonne et occupant tout l'espace compris entre la douzième apophyse épineuse dorsale et la quatrième lombaire.

Sur les parties latérales du tronc, au-dessous des régions axillaires et en des points presque symétriques, existent de vastes placards de macules et de papules pachydermiques, ovalaires, à grand axe transversal, dont l'un, celui de gauche, n'est représenté que par un segment de circonférence à concavité supérieure qui paraît dessiner le bord inférieur d'un placard dont le centre et la partie supérieure auraient guéri. Remarquez, messieurs, avant de laisser retomber les bras de notre malade, que ses aisselles, dont la peau est blanche et seulement un peu moite, bien qu'il soit nu depuis assez longtemps, sont presque glabres et parsemées seulement de quelques poils ; il prétend qu'il en a toujours été ainsi.

Les membres supérieurs sont atteints de lésions absolument symétriques et des plus accusées. Les bras sont semés de macules et de papules ; les régions cubitales sont occupées, de chaque côté, par une vaste plaque triangulaire de pachydermie diffuse qui commence par un bord arrondi à quelques centimètres au-dessous de l'olécrane et se termine, en pointe, à la partie moyenne de la région antibrachiale postérieure. Une plaque semblable, mais de forme arrondie, existe sur la partie moyenne des régions antibrachiales antérieures, et entre ces différentes plaques, la peau est pigmentée, épaissie, rugueuse et semée de papules pachydermiques. La peau du dos de la main, au niveau des espaces interdigitaux et des doigts, est simplement ichthyosique mais, à la région carpienne antérieure et à la paume de la main, elle est épaissie et rugueuse. Les mains, dans leur ensemble, sont froides, violacées, asphyxiques.

A partir de la ceinture, les altérations cutanées deviennent colossales et véritablement pittoresques. Vu par devant, G... semble porter une sorte de caleçon de bain noir et épais constitué par une plaque énorme d'hypertrophie cutanée, subdivisée et ravinée de la façon la plus irrégulière, à première vue, par les plis de flexion de la peau au niveau desquels le tégument tout en présentant une coloration violet foncé conserve son épaisseur normale. La consistance, la coloration, les caractères objectifs, en un mot, de cette vaste

Digitized by Google

plaque, sont ceux des plaques pachydermiques circonscrites que j'ai décrites dans la partie analytique de cette observation ; elle se termine, du côté de l'abdomen, par un rebord à concavité supérieure assez net, que suit une traînée de papules et, se prolonge en bas, sur les faces externes, antérieures et internes des cuisses sur lesquelles elle descend de quinze centimètres à gauche et de vingt-cinq à droite. Ici, encore, les altérations cutanées prédominent du côté droit. Les cuisses, enfin, sont parsemées de plaques saillantes, arrondies, de la dimension d'une pièce de 50 centimes à celle d'une pièce de 5 francs, également plus larges et plus nombreuses à droite, qui semblent être des plaques aberrantes, détachées de la plaque principale.

Si, maintenant, sans abandonner cette ceinture pelvi-crurale, nous faisons retourner le malade, nous apercevons qu'elle manque, en arrière, sur les parties latérales, c'est-à-dire au niveau des fesses, mais qu'elle est représentée sur la région médiane par une vaste plaque saillante et circonscrite, de forme triangulaire, dont la base répond au milieu de la hauteur de la région sacrée et dont le sommet atteint le coccyx, au voisinage de l'anus dont la marge est garnie de papules pachydermiques à épiderme muqueux, c'est-à-dire sans trace de desquamation cornée.

Les téguments des organes génitaux participent à la pigmentation générale de toute la moitié inférieure du corps, mais ont conservé à peu près leur souplesse normale. On voit cependant, sur le fourreau de la verge, à un centimètre en arrière du bord postérieur du gland, une sorte de couronne irrégulière formée de grosses papules isolées ou réunies en petits groupes.

Sur les membres inférieurs, au-dessous de la ceinture pelvi-crurale qui a été décrite tout à l'heure, et d'une façon d'autant plus prononcée qu'on se rapproche de l'extrémité, la peau est sèche, rigide, chagrinée, ponctuée de papules d'ichthyose pilaire, mais dépourvue de plaques pachydermiques circonscrites. C'est une pachydermie diffuse rappelant la peau d'oie, la peau lichenoïde des anciennes surfaces eczémateuses. Au genou, les téguments s'épaississent, et leurs plis s'exagèrent de façon à former des plaques pachydermiques diffuses analogues à celles des coudes, mais moins épaisses. A la jambe, la peau est violet foncé, lisse, tendue, parsemée encore d'ichthyose pilaire, scléreuse et comme étroitement appliquée aux parties sous-jacentes. Il semble que là, le processus d'inflammation chronique dont elle est atteinte tende à revêtir un caractère atrophique. Cet état se continue, avec un épaississement plus notable sur la face dorsale du pied et au niveau des espaces interdigitaux. Ainsi que les mains, les pieds sont violacés, froids, comme s'ils sortaient d'un bain d'eau glacée.

L'examen des ganglions lymphatiques, dans un cas semblable, ne devait pas être négligé, car leurs altérations peuvent jeter un certain jour sur sa pathogénie. Vous voyez, messieurs, que ceux qui répondent aux régions du corps restées saines, ceux du cou et de la face, par exemple, ne présentent aucune modification de consistance ni de volume. Il n'en est pas de même des ganglions axillaires, épitrochléens, et surtout inguino-cruraux qui reçoivent la lymphe des régions cutanées hypertrophiées. Ces derniers, surtout, sont profondément atteints : ils forment dans la région inguinale et le triangle de Scarpa, des masses arrondies, mobiles sous la peau, volumineuses, dures et indolentes, comparables aux masses ganglionnaires que l'on rencontre dans le prurigo de Hebra. — L'étude histologique des lésions cutanées jettera encore plus de lumière sur la valeur et la signification de cette adénopathie

Digitized by Google

sur laquelle je reviendrai lorsque nous discuterons la nature et l'origine de la dermatose qui nous occupe.

Il me resterait maintenant, messieurs, pour achever de peindre l'état actuel de notre malade, à rechercher, au moyen de méthodes exactes qui sont à présent acquises à la science, comment fonctionne une peau ainsi profondément modifiée. — Il faudrait, à l'aide de procédés esthésiométriques dont le compas de Weber est le mieux connu, sinon le plus fidèle, explorer sa sensibilité au niveau de régions différemment altérées; nous devrions prendre la température des mêmes régions au moyen de thermomètres spéciaux bien corrigés ou de plaques thermo-électriques; explorer les fonctions sudorales en faisant appel aux procédés que M. *Aubert* a si heureusement appliqués, au cours de recherches récentes; étudier, enfin, la fonction rénale qui doit suppléer, dans une certaine mesure, à celle des éléments sudoripares de la peau. — Le temps et les moyens m'ont manqué jusqu'ici pour entreprendre de semblables recherches auxquelles je ne renonce cependant pas. Mais je peux vous dire, dès à présent, que si les plaques pachydermiques sont le siège de démangeaisons assez vives, surtout pendant la nuit, qui portent le malade à se gratter souvent, les différents modes de la sensibilité m'ont paru intacts même aux points les plus épaissis. Par contre, la fonction sudorale est, chez lui, fortement compromise. Les régions restées saines, la face, le cou, la partie supérieure du tronc, les plis inguinaux qui divisent la grande plaque pelvienne, prennent part à la sécrétion de la sueur, mais, ainsi qu'il le remarque lui-même, les autres régions du corps restent sèches, quelque mouvement qu'il se donne, et j'ai pu, tout récemment, constater ce fait après l'administration, par voie hypodermique, d'un centigramme de chlorhydrate de pilocarpine. Nous verrons, d'ailleurs, messieurs, que les appareils sudoripares sont le siège de lésions de structure intéressantes et considérables.

II. — L'observation du malade que j'ai l'honneur de vous présenter, serait, Messieurs, plus incomplète encore, si je ne cherchais à déterminer les altérations histologiques dont dépendent les modifications si remarquables de couleur, de forme et de consistance que présentent ses téguments; ces altérations ne sont, en effet, que les symptômes, objectifs premiers des affections et des maladies, et c'est peut-être en dermatologie que s'impose le plus, pour établir un diagnostic complet et formuler une thérapeutique rationelle, la nécessité d'en préciser la nature et le siège.

Je me proposais, dans ce but, d'examiner au microscope des fragments de peau excisés avec les précautions que j'ai indiquées ailleurs (1), au niveau des macules et papules pachydermiques, des plaques diffuses et circonscrites et des régions cutanées atteintes d'ichthyose pilaire. L'indocilité du malade ne m'a pas permis de remplir ce programme, et j'ai dû me contenter, jusqu'ici, de l'étude des plaques circonscrites de la région crurale qui nous permettra cependant de prendre, par voie d'induction, une idée suffisante du processus qui préside à l'évolution de la dermatose dont il est atteint.

Les quelques recherches que je vais maintenant avoir l'honneur de vous exposer ont été faites dans le laboratoire d'anatomie générale de la Faculté, sous les yeux de mon maître, M. le professeur Renaut. Les méthodes que j'ai employées sont simples et classiques : les lambeaux de peau excisés ont été immédiatement fixés et durcis, les uns par l'alcool absolu, les autres par

(1) CHAMBARD, Des formes anatomiques du Xanthelasma cutané (*Archives de Physiologie*, 1875).

Digitized by Google

les vapeurs osmiques et les coupes ont été colorées, soit par l'éosine hematoxylique, soit par le picro-carmin. — J'ajouterai que, fidèle à une règle dont on ne devrait jamais se départir, j'ai examiné, à l'aide des mêmes méthodes, la peau normale de la région crurale interne d'un sujet du même sexe et du même âge.

A l'état normal, la peau de la région crurale interne est remarquable par la souplesse et la minceur de son épiderme. — Elle est constituée par un stroma dermique peu dense et par un revêtement ectodermique dont l'épaisseur totale ne dépasse pas 50 μ, et qui ne comprend qu'un petit nombre de rangées cellulaires. La couche cornée, incessamment desquamante, qui revêt cet épiderme est plus mince encore, et le stratum granulosum qui l'élabore est à peine visible. On trouve dans cette région des glandes sudoripares dont les acini sont logés dans la couche profonde du derme et des follicules pilo-sébacés dont les productions pileuses lui donnent son aspect duveteux.

Bien différent est chez notre malade l'aspect de la peau de la même région au niveau de l'une des plaques pachydermiques circonscrites dont elle est parsemée.— A un faible grossissement de 30 diamètres (Ocul. 2, obj. 2 Harti.), nous voyons le derme congestionné, œdémateux, infiltré de cellules lymphatiques dans ses régions superficielles et revêtu d'une épaisse couche d'épithélium corné; il est creusé de lacunes circulaires qui répondent : les unes à des follicules pileux dilatés; les autres, plus profondes, à des canaux excréteurs sudoripares devenus kystiques. L'aspect général de la préparation est celui d'un papillome, et le premier examen suffit à montrer que toutes les parties constituantes du tégument : derme, épiderme, follicules pileux, glandes sudoripares, sont le siège d'un processus hypertrophique qui a transformé la peau si mince, si souple et si lisse de la région, ici en un cuir épais, dur et chagriné, là en un véritable papillome corné. — Je vais maintenant reprendre en détail l'examen de nos préparations et analyser successivement les lésions du derme, de l'épiderme et des appareils glandulaires.

A. *Tissu cellulaire sous-cutané et derme.* — L'hypoderme et la région profonde du derme, en dehors des lésions glandulaires que j'étudierai à part, ne présentent aucune altération. — Les premières lésions se rencontrent au niveau du réseau vasculaire planiforme profond dont les artères sont saines, mais où l'on observe une dilatation énorme de rameaux veineux et lymphatiques. — Dans cette région, en effet, l'on voit sur les coupes un grand nombre d'orifices béants, les uns circulaires ou en bec de flûte, les autres irrégulièrement étoilés et limités par un contour festonné. Il semble, à première vue, difficile de distinguer parmi ces orifices ceux qui appartiennent au système veineux de ceux qui représentent les voies de la lymphe; et, de fait, pour beaucoup d'entre eux, une injection de nitrate d'argent aurait seule pu résoudre ce problème. Un examen plus attentif montre cependant que les uns, circulaires pour la plupart, sont limités par une paroi de tissu conjonctif condensé : ce sont des veinules dilatées dont le calibre peut atteindre 50 μ à 60 μ; les autres, dont les dimensions plus considérables dépassent 100 μ et même 150 μ, sont dépourvus de toute paroi propre : simples fentes, limitées par les faisceaux conjonctifs de l'écartement desquels elles résultent, bordées d'une mince couche élastique et revêtues d'un endothélium qui se voit en coupe sur les préparations minces et quelquefois en surface sur les sections plus épaisses. Ce sont des lymphatiques non encore canaliculés et valvulés comme ils le seront dans les régions tout à fait profondes du derme et surtout au sein de cônes fibreux qui subdivisent le tissu cellulo-adipeux sous-cutané

Digitized by Google

Ces faits nous font déjà pressentir que les plaques pachydermiques sont le siège d'un œdème lymphatique qui pourrait avoir son point de départ dans les lésions ganglionnaires que j'ai signalées, qui se traduit, dans la région profonde du derme, par une simple ectasie des fentes collectrices de la lymphe, et dont nous allons maintenant étudier les effets dans les régions plus superficielles du tégument.

A ces altérations vasculaires vient s'ajouter, dans la région moyenne du derme comprise entre les plans vasculaires superficiel et profond, une infiltration du stroma dermique par des cellules lymphatiques qui le remanient et tendent à le transformer en tissu réticulé. — Ce processus de réticulation que j'ai signalé ailleurs (1) a été très bien étudié par M. *Chandelux* (2) et est très inégalement réparti : ici, les cellules lymphatiques sont peu nombreuses et simplement disséminées entre les faisceaux conjonctifs qu'elles n'altèrent ni dans leur forme, ni dans leurs dimensions ; là, elles deviennent confluentes, se réunissent en vastes nappes diffuses dans lesquelles les faisceaux conjonctifs dissociés se transforment en un reticulum irrégulier, bien différent, il est vrai, du reticulum type du lymphadénisme, mais semblable à celui que j'ai décrit dans les gommes cutanées et dans une tumeur singulière dont M. Besnier a relaté l'histoire (3). — En certains points même, toute trace de tissu conjonctif semble avoir disparu, et les cellules lymphatiques sont simplement juxtaposées. — Dans toute cette région moyenne du derme, le réseau élastique s'est résorbé, et les vaisseaux qui établissent des anastomoses entre les réseaux planiformes superficiel et profond sont le siège d'une dilatation considérable qui porte surtout sur les veinules, les capillaires sanguins et les fentes lymphatiques.

La région superficielle du derme est le siège d'une édification papillaire colossale dont on peut suivre les diverses phases, non seulement sur des préparations différentes mais encore sur une même préparation. Les papilles dont les réseaux veineux et capillaire sont considérablement dilatés sont manifestement œdémateuses.— Les faisceaux conjonctifs à direction parallèle à leur axe, qui en forment la trame, sont écartés par une abondante exsudation lymphatique, et les espaces ainsi limités sont occupés par des cellules lymphatiques, tantôt disposées en séries linéaires entre les faisceaux, tantôt disposées en petits groupes irréguliers, et par des cellules conjonctives œdémateuses. — Les espaces lymphatiques des papilles participent à la dilatation générale de tout l'appareil lymphatique du tégument. On rencontre enfin, dans les papilles et au sein de la zone dermique sous-papillaire une grande quantité de granulations pigmentaires brun verdâtre, d'origine hématique, dont la plupart ont été absorbées par les cellules lymphatiques. Les altérations que je viens de décrire sont très inégalement réparties, et les papilles se présentent à nous presque à toutes les périodes de leur édification. — Les unes sont presque entièrement embryonnaires, tandis que d'autres, tout à fait voisines, formées de tissu conjonctif presque adulte, semblent approcher du terme assigné à leur évolution.

Le derme est limité, du côté du revêtement ectodermique, par une mem-

(1) Chambard, Les gommes de la peau (*Bulletins de la Société anatomique*, 1875.

(2) Chandelux, Thèse de Larroque (*Anat. et Physiol. du lupus*, 1800).

(3) Besnier, Études nouvelles de Dermatologie : Les tumeurs de la peau, etc. *Annales de Dermatol. et de Syph.*, 2e série, 1882, p. 637).

Digitized by Google

brane anhiste (limitante vitrée) sur laquelle s'implantent les cellules de la couche génératrice auxquelles elle sert de membrane basale. — Cette lame est ici le siège d'un épaississement notable, mais variable selon les points examinés, qui peut atteindre 4 μ.

B. *Épiderme*. — Nous avons vu, messieurs, par des préparations de peau normale, quelle était la minceur de l'épiderme de la région crurale interne; nous le voyons, au niveau de la plaque que nous étudions, acquérir une épaisseur énorme : toutes ses couches sont le siège d'une hypertrophie considérable, tout en conservant leur structure parfaitement normale et leurs rapports d'importance réciproque. Ce n'est plus l'épiderme de la peau dans l'une des régions où elle a le plus de souplesse et de poli, c'est le revêtement épidermique d'un papillome corné, et nos préparations constitueraient un bon objet d'étude des différentes couches de l'épiderme et de son mode de kératinisation.

L'épaisseur de l'épiderme que revêt la plaque est, d'ailleurs, très variable. Ici, où les papilles sont peu développées, elle ne dépasse pas 100μ, ce qui est déjà énorme pour la région; là, au niveau d'une formation papillaire, elle atteint le double; ailleurs, nous voyons l'épiderme presque réduit à une épaisse couche cornée; en d'autres points, enfin, le corps muqueux envoie dans le derme des bourgeons interpapillaires de dimensions telles qu'ils occupent, à un grossissement de 100 diamètres environ, tout le champ du microscope.

Examinons maintenant les diverses couches du revêtement épidermique.

La première rangée des cellules du corps muqueux, la couche génératrice, est beaucoup moins chargée de pigment que le ferait croire la coloration bronzée de la peau du malade. Elle est, en quelques points, soulevée par de petits amas de cellules lymphatiques qui l'ont détachée de sa membrane vitrée, qu'elles ont préalablement traversée.

Le stratum malpighien proprement dit serait un excellent objet d'étude du mode de solidarisation des cellules qui le constituent ou qui paraissent le constituer; car il n'est, en réalité, ainsi que le dit M. le professeur Renaut, qu'une immense cellule à noyaux multiples et à protoplasma fenêtré. — Les anastomoses cellulaires, longues et courtes, s'y voient avec une admirable facilité; les voies lacunaires intercellulaires sont dilatées et renferment de distance en distance des cellules lymphatiques. Les cellules, considérées en elles-mêmes, sont de dimensions beaucoup plus considérables qu'à l'état normal. Le corps muqueux, en un mot, participe à la fois, dans ses éléments et dans son ensemble, à l'hypertrophie générale et à l'œdème dont la peau est le siège.

Les couches épidermiques qui viennent ensuite : stratum granulosum, lucidum, corneum, sont le théâtre du processus de kératinisation de l'épiderme, et leur étude, au point de vue spécial de cette difficile question, ne serait pas sans intérêt. Elle serait ici hors de propos. Je me bornerai à vous faire remarquer, messieurs, que la surface de la plaque est recouverte d'une couche cornée très épaisse que l'on peut diviser en deux zones : l'une profonde, adhérente; l'autre superficielle et en voie de desquamation imminente. Au-dessous de ce stratum corné se trouve un stratum lucidum et un stratum granulosum dont l'importance varie beaucoup d'un point à l'autre de la préparation, quelle que soit l'épaisseur de la couche cornée à laquelle ils servent de base; ici, en effet, la couche de Œhl est bien dessinée et la couche granuleuse se compose de cinq ou six rangées de cellules infiltrées d'énormes

Digitized by Google

gouttes d'éléidine; là, au contraire, les deux lits kératogéniques font presque entièrement défaut, comme si toute l'éléidine disponible avait été transformée en substance cornée.

C. *Annexes de l'épiderme. — Follicules pileux et glandes sudoripares.* — Il ne nous reste plus, messieurs, pour terminer l'étude histologique de notre plaque, qu'à examiner les annexes du système épidermique hypertrophique qui la revêt : follicules pileux et glandes sudoripares, dont les lésions nous expliqueront l'existence des papules d'ichthyose pilaire que nous avons observées sur le corps de notre malade, et la sécheresse remarquable dont sa peau est le siège.

Je n'ai pu étudier sur mes coupes, malheureusement peu nombreuses, que la partie supérieure des follicules pileux: je ne peux donc rien dire, pour le moment, des poils qu'ils renferment et des glandes qui leur sont annexées. — Nous remarquerons seulement la dilatation considérable de ces follicules, dont le calibre peut atteindre 500 μ à 700 μ, et le moule d'épiderme corné, disposé parfois en globes, qui les oblitère. Le processus de kératinisation épidermique se montre aussi exagéré sur la paroi folliculaire qu'à la surface de la peau ; aussi le diagnostic d'ichthyose folliculaire que nous avions porté tout d'abord est-il parfaitement justifié par l'examen histologique.

Les altérations des glandes sudoripares sont d'une interprétation beaucoup plus difficile, et je n'ai pu, sur le peu de peau que le malade m'a permis de lui exciser, faire les préparations assez nombreuses et avec les méthodes assez variées pour résoudre certaines questions que je dois forcément laisser dans l'ombre, au moins pour le moment. Je me bornerai donc à vous montrer la dilatation considérable dont tout l'appareil glandulaire est le siège, comme s'il existait un obstacle à l'élimination du produit de son activité sécrétoire. — Le siège de cet obstacle paraît être le pore sudoripare qui est dilaté en forme d'entonnoir, mais revêtu d'une couche cornée épaisse reposant sur un stratum granulosum riche en éléidine, et dont la cavité est remplie d'un moule d'épiderme corné. — Il y a donc là une ichthyose de l'orifice glandulaire analogue à celle qui existe au niveau de l'orifice du follicule pilo-sébacé. — Plus profondément, la portion intra-épidermique du canal excréteur est considérablement dilatée : son calibre atteint 15 μ. — Sur la limite inférieure de l'épiderme, nous en perdons la trace, et les préparations que j'ai l'honneur de vous soumettre sont trop peu nombreuses et intéressent une région de la peau trop limitée pour qu'il me soit permis de la retrouver.

La région moyenne du derme nous montre cependant une, deux et sur certaines coupes trois lacunes circulaires, à bord très net, dont le diamètre varie de 250 μ à 950 μ : elles sont donc parfaitement visible à l'œil nu, surtout sur des préparations examinées par transparence. — Étudiés au microscope, les bords de ces lacunes apparaissent constitués par une couche de tissu conjonctif fasciculé, condensé, qui se confond, en dehors, avec celui du derme, et par un épiderme corné reposant sur une mince basale. — Cet épiderme, dont l'épaisseur moyenne est de 20 μ, ressemble à celui des muqueuses à revêtement ectodermique : il se compose d'un certain nombre de cellules épithéliales, dépourvues de pointes de Schultze, au moins bien nettes, réunies par un ciment et subissant l'évolution cornée sans que l'éléidine y prenne la moindre part. — La lumière des lacunes, que je viens de décrire, renferme les débris d'une sorte de caillot d'apparence fibrineuse.

Quelque insolites que fussent de semblables figures, je n'eus pas de peine, messieurs, à en reconnaître, par voie d'exclusion, la nature et l'origine. — Elles

Digitized by Google

représentent des kystes développés sur le trajet de la portion intradermique d'un canal excréteur sudoripare ; mais, au niveau de ces kystes, l'épithélium de revêtement du canal a subi l'évolution cornée. Je dois dire, à ce sujet, que cette lésion a été parfaitement décrite par M. *Chandelux* dans son très intéressant travail sur les tubercules sous-cutanés douloureux (1).

Dans la couche profonde du derme et sur les limites de l'hypoderme existent de nombreux glomérules sudoripares dont les lésions sont beaucoup moins accusées. — Les uns sont absolument normaux. Les acini secréteurs des autres sont le siège d'une dilatation plus ou moins considérable qui peut porter leur calibre à 30 μ et même 60 μ, mais qui ne s'accompagne d'aucune altération de leur épithélium, de leur paroi musculaire, ni du tissu conjonctif ambiant.

III. — Le moment est venu, messieurs, de discuter la nature, les causes et le pronostic de l'affection complexe que présente notre malade, et de rechercher dans quelle mesure il pourrait bénéficier de l'intervention thérapeutique. La mélanodermie si remarquable dont il est atteint occupera d'abord notre attention.

Bien que G..... affirme avoir considérablement bruni depuis le début de sa maladie et que la pigmentation prédomine sur la moitié inférieure de son corps, je ne me suis pas arrêté à croire à la nature pathologique et accidentelle de l'hyperchromie dont il est atteint. L'enquête à laquelle je me suis livré m'a en effet révélé que plusieurs personnes de sa famille, du côté de la ligne paternelle, offraient la même particularité et, plus encore, le même type ethnique. Son père, que je n'ai pu voir, mais à qui j'ai écrit et sur lequel j'ai eu des renseignements circonstanciés, présenterait, de naissance, une coloration tellement foncée de téguments, que ses camarades d'atelier l'auraient surnommé « le Négro ». Une de ses sœurs, qui habite Vaise et que j'ai vue, offre, à un degré très prononcé, le type hispanico-sarrazin que l'on rencontre si souvent dans les provinces méridionales de l'Espagne. Ses cheveux et ses sourcils sont d'un noir de jais et son teint est olivâtre plutôt que brun, à proprement parler. Mais, messieurs, l'argument le plus topique m'a été fourni par le frère du malade, jeune homme de 22 ans, qu'un heureux hasard amena dans le service de la clinique pour une orchite, et dont je vous présente la photographie. Vous voyez que ses traits offrent un caractère aussi exotique, mon insuffisance en ethnographie ne me permet pas d'employer un terme plus précis, que ceux de son frère, mais ce que la photographie ne vous montre pas, c'est la teinte brun olivâtre de sa peau : il est moins olivâtre que sa sœur de Vaise, mais beaucoup plus brun que son frère, notre malade.

Il est donc acquis que la mélanodermie de G..... est congénitale et

1) Chandelux, Recherches histologiques sur les tubercules sous-cutanés douloureux (*Archives de Physiologie*, n° 5, 1882).

Digitized by Google

héréditaire ; mais comment l'interpréter ? Par leurs traits, la coloration de leurs téguments, les membres de la famille G..... sont sans doute la représentation d'une race étrangère, et leur type ne manque pas d'analogie avec celui des Sarrazins d'Espagne, qui sont, on le sait, de race arabe, et qui avaient fondé plusieurs colonies en France, particulièrement dans la région orientale de ce pays (1). Sommes-nous en présence de débris de l'une de ces tribus : le fait n'aurait rien d'impossible et ne serait pas isolé, mais nous ne pouvons en donner la preuve, car le père de G..... est un enfant trouvé et n'a jamais rien su des auteurs de ses jours (2). Plusieurs autres hypothèses pourraient encore être faites, mais l'impossibilité où nous serions d'en discuter aucune me permet de les passer sous silence.

Nous sommes heureusement plus à notre aise pour discuter la nature de la dermatose dont notre malade est atteint et j'essaierai d'en préciser les caractères anatomiques, les caractères cliniques et les conditions d'existence : je l'étudierai, en un mot, comme lésion, comme affection et comme manifestation nosologique.

La définition de cette dermatose, comme lésion, est simple, et l'étude histologique que nous en avons faite la rend facile : c'est une hyperplasie de tous les éléments de la peau inégalement repartie et parvenue, selon les points, à des degrés d'évolution divers, mais relevant partout d'un processus univoque et accompagnée d'une gêne plus ou moins considérable de la circulation en retour, soit veineuse, soit lymphatique.

Ici, en effet, l'hyperplasie est localisée à l'épiderme dont la kératinisation offre un accroissement d'activité et une déviation évolutive remarquable. Il se produit incessamment des squames identiques à celles du psoriasis, et leur accumulation dans les follicules pileux donne lieu à une véritable ichthyose pilaire (3).

Ailleurs, le derme prend part à ce processus néoplasique dont le caractère inflammatoire, au sens histologique du mot, apparaît nettement. Ce caractère se traduit non seulement par la congestion, l'œdème des papilles et de la zone sous-papillaire du derme, mais encore par une

(1) Voir l'article FRANCE (Anthropologie du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*), dû à M. LAGNEAU.

(2) Qu'il nous soit permis de remercier ici M. le professeur DALLY des renseignements qu'il a bien voulu nous donner au sujet des questions ethnographiques soulevées par notre malade.

(3) L'on rencontre des malades, et nous en avons vu plusieurs à l'Antiquaille, dont la peau, sèche, rude, épaisse, squameuse, est le siège d'un processus se traduisant par un épaississement lichenoïde du derme et un excès de kératinisation de l'épiderme. Leur peau est psoriasique, sans qu'ils soient atteints eux-mêmes de l'affection psoriasique. Le psoriasis est réalisé chez eux anatomiquement et non cliniquement. Nous reviendrons, à propos d'un cas particulier, sur les questions nosologiques que soulèvent les faits de ce genre.

Digitized by Google

néoplasie conjonctive, dont l'épaississement diffus ou circonscrit de la peau est, en grande partie, la conséquence.

A ces altérations, s'en ajoutent d'autres qui sont, les unes primitives, les autres secondaires. A la première catégorie appartiennent les stases veineuse et lympatique dont j'aurai à étudier le rôle pathogénique ; aux secondes se rattache, par exemple, la dilation kystique des glandes sudoripares, altération qui semble due à l'oblitération de leurs canaux excréteurs, dans leur trajet épidermique, par un bouchon corné, et qui explique, sans doute, l'anhydrose que présentent les malades de cette espèce.

La définition anatomique de l'affection dont G..... nous offre un si bel exemple est, d'après cela, facile : c'est une *dermatite chronique, hypertrophique* et *papillaire* dans les points que j'ai examinés, mais, à coup sûr, lisse et peut-être atrophique ailleurs. Ce sont là des questions de degré qui importent peu. Il ne résulte, d'ailleurs, nullement de cette définition que certaines formes bien circonscrites et manifestement papillaires de l'affection qui m'occupe ne méritent ainsi que le veut M. *Charpy* (1), le nom de tumeur, mais nous ne pouvons revenir, à propos d'un fait isolé, sur la discussion de ce terme, que nous avons déjà essayé de définir (2) et dont le domaine n'est encore « rien moins que délimité dans la science » (3).

« L'affection, dit *Bazin* (4), est constituée par la lésion et les symptômes. » Nous venons d'étudier les lésions de la peau de notre malade et de trouver un mot qui les résume, cherchons maintenant quel nom convient le mieux à l'affection dont il est atteint.

Les noms ne manquent pas, mais leur surabondance est peut-être plus embarrassante que le serait leur pénurie. A vrai dire, messieurs, la question me paraît de peu d'importance. Je repousserais volontiers les termes *éléphantiasis* et *lichen*, quels que soient les adjectifs dont on voudra les orner ; car ils sont déjà bien exploités et ne représenteraient guère certains aspects du cas complexe que je vous soumets ; le mot papillonne diffus, proposé par M. *Chapay*, ne s'applique bien qu'aux formes bien circonscrites et uniformément papillaires ; je préférerais, quant à moi, désigner le cas de G..... du nom de *pachydermie*, qui rappelle l'épaississement et l'induration de sa peau, c'est-à-dire l'analogie qu'elle présente avec la peau des pachydermes.

(1) Chapay, De la nature du Lichen hypertrophique (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1872-1873).

(2) Chambard, Des formes anatomiques du xanthelasma cutané (*Archives de Physiologie*, 1879).

(3) Virchow, Pathologie des tumeurs, t. I.

(4) Bazin, Série de ses leçons à l'hôpital Saint-Louis (*passim*). — Notamment : Introduction des leçons sur la scrofule.

Digitized by Google

Une question beaucoup plus importante est celle de la pathogénie de la singulière affection que nous avons sous les yeux : voyons si l'histoire du malade et les analogies nous permettront de la résoudre.

L'histoire du malade suffit à nous mettre sur la voie du diagnostic. Sa maladie remonte à l'âge de 11 ans. G....., qui avait joui jusque-là d'une excellente santé, fut atteint d'une poussée de petits boutons semblables à une « éruption de sang », qui fut regardée par une religieuse comme de la gale, et guérit rapidement « avec des tisanes rafraîchissantes ». L'année suivante « la même affection revint à la tête », sous forme de « dartres farineuses qui furent d'abord prises pour de la teigne, mais qui, s'étant transformées en une vaste surface croûteuse et suintante, furent reconnues pour être de la « rache », et traitées par des cataplasmes et du sirop d'iodure de fer.

Malgré ce traitement, la « rache » persista et le malade alla voir un autre médecin qui diagnostiqua un eczéma du cuir chevelu et le traita par la liqueur de Fowler et les bains sulfureux. L'eczéma guérit, mais il ne tarda pas à reparaître sous forme de placards arrondis, rouges, squameux et suintants, d'abord à l'aisselle gauche, puis entre les deux épaules, puis aux aines et à la face interne des membres. En peu de temps l'affection *occupa toutes les localisations que présentent aujourd'hui les lésions pachydermiques*. Ce fait, dont on comprend l'importance, ressort pleinement de l'interrogatoire minutieux auquel j'ai soumis le malade.

Dès lors l'affection prit possession du patient et ne disparut jamais complètement, bien que les plaques devinssent, en été, moins rouges et moins prurigineuses. Tous les traitements dirigés contre l'eczéma furent appliqués en vain par différents médecins, et en particulier par ceux de l'hôpital de Châlons, où G..... s'était fait admettre en 1877. L'hiver de 1878 fut très pénible, et, sous l'influence du froid, l'affection devint si douloureuse que le patient ne put se livrer à aucun travail.

Pendant l'hiver de 1879-80, qui fut, on s'en souvient, si rigoureux, G... fut atteint d'un eczéma rubrum généralisé. — Son corps n'était plus parsemé de plaques rouges bien limitées, mais était le siège d'une rougeur diffuse généralisée. « Il n'était qu'une plaie. » A cette rougeur succédèrent plus tard des squames, et après une durée qui ne peut être précisée l'affection eczémateuse rentra dans ses premières limites.

C'est de cette poussée aiguë que date la transformation pathologique dont nous avons les résultats sous les yeux. — En janvier 1880, G..... remarqua sur ses cuisses et son bas-ventre des papules croûteuses. Sa peau s'épaissit peu à peu, et cet épaississement, dont il ne peut, bien entendu, nous retracer les différentes phases, serait stationnaire depuis un an. Depuis cette époque, les plaques auraient cessé d'augmenter de

Digitized by Google

largeur et d'épaisseur, mais aucune n'aurait montré la moindre tendance à retrocéder.

L'année suivante, pendant l'hiver de 1881-82, G..... entra pour la première fois dans le service de M. le professeur *Gailleton*, à l'Antiquaille, et fut l'objet d'une leçon clinique. Le diagnostic de pachydermie papillomateuse aurait dès lors été porté à son sujet. C'est également pendant ce premier séjour qu'apparurent sur les jambes de petites macules rouges semblables à des piqûres de puce, qui devinrent ensuite violettes, puis noires, et finirent par donner à la partie inférieure de son corps cette teinte violacée qui se distingue de la pigmentation brune dont la partie supérieure est héréditairement atteinte.

En mars 1882, l'hiver étant fini, G..... quitta l'hôpital, mais pour y rentrer un mois après. C'est pendant ce second séjour que j'ai pu le soumettre à un examen prolongé.

En dépit des lacunes dues au peu de développement intellectuel du sujet, cette observation, messieurs, me semble concluante. L'affection que nous avons sous les yeux est évidemment deuteropathique ; elle est certainement la conséquence d'une irritation prolongée de la peau, déterminée par un de ces éczemas tenaces qui prennent possession des téguments et qui ne peuvent être délogés qu'au prix des efforts les plus patients et quelquefois des plus grands dangers.

Reste à savoir maintenant comment et pourquoi ?

Le comment est assez facile à comprendre. Chaque poussée d'éczema est caractérisée par une congestion et un œdème des régions superficielles du derme, et ce sont les lymphatiques qui, lorsque l'affection marche vers sa résolution, sont chargés de résorber la sérosité et les cellules lymphatiques épanchées hors des vaisseaux. Lorsque les poussées se succèdent ou si l'eczéma devient chronique, l'œdème du corps papillaire devient permanent et les voies lymphatiques ne tardent pas à être encombrées ; il en résulte, d'une part, un état subinflammatoire du derme, et de l'autre, une ectasie des troncs lymphatiques et une hypertrophie des ganglions auxquels ils affèrent (1). Poussé à ses extrêmes limites et longtemps maintenu, ce double processus aboutit à l'éléphantiasis de la peau dont les nombreuses formes sont déterminées par le siège, l'intensité de l'inflammation formative et de l'œdème, ainsi que par le rapport qui unit l'un à l'autre ces deux processus connexes et parallèles.

Quant au pourquoi de la transformation de l'eczéma en éléphantiasis, il nous échappe comme le pourquoi de toute chose.

Je terminerai, messieurs, par quelques mots sur le pronostic d'une

(1) Voyez le savant article Dermatoses du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* : Étude des inflammations chroniques de la peau.

Digitized by Google

semblable affection et le traitement qui peut lui être opposé : l'un et l'autre sont simples; aussi n'abuserai-je plus bien longtemps de votre bienveillante attention.

Bien que l'importante fonction sudorale semble supprimée sur une grande partie de la surface de ses téguments, G....., à l'exemple de certains ichthyosiques, jouit d'une santé satisfaisante, et sa dermatose ne semble nullement menacer son existence; peut-être, cependant, en serait-il autrement si quelque lésion pulmonaire ou énaler venait démasquer l'insuffisance de ses fonctions cutanées. Hors de cette éventualité, la pachydermie semble être pour lui plutôt une infirmité qu'une maladie; n'oublions pas cependant qu'aux froids les plaques papillomateuses se couvrent de squames plus épaisses, se gercent, deviennent douloureuses, et que le malade, incapable de travailler, est obligé de venir prendre ses quartiers d'hiver à l'hôpital.

Je n'ai, messieurs, jusqu'à preuve du contraire, qu'une médiocre confiance dans l'efficacité des médicaments internes contre de semblables affections. Le raclage et la compression me paraissent être les seuls remèdes sur lesquels on puisse compter. Le raclage, pratiqué selon les règles que M. E. *Besnier* a tant contribué à faire connaître, convient excellemment aux plaques de lichen peu étendues, et récemment M. *Aubert* l'appliquait à un cas de lichen hypertrophique que M. *Lemoine* (1) vient de publier. Je ne sache pas que la compression ait encore été méthodiquement employée dans des cas de ce genre, et quelques essais tentés sur notre malade sont de nature à me faire regretter qu'il n'ait pas eu la patience de s'y soumettre. L'œdème et la congestion jouent un rôle capital dans l'épaississement de la peau atteinte de pachydermie papillaire, et nul doute qu'une compression méthodique, uniforme et prolongée, ne puisse le faire en partie disparaître.

(1) J. Lemoine, Note sur une variété de lichen plan : Lichen hypertrophique (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n° 6, 1883)

Digitized by Google

RECUEIL DE FAITS

OBSERVATION DE BOUTON DE BISKRA

Recueillie dans le service de M. le professeur **Fournier**,

par le Dr **L. BROCQ**.

Le bouton de Biskra est une affection assez commune en Algérie, et les médecins militaire l'ont fort bien étudiée (V. *Annales de Dermat. et de Syph.*, t. I, 1880, p. 173). Toutefois il est assez insolite d'en observer des cas en France; aussi m'a-t-on engagé à publier le fait suivant :

J... Paul, domestique, âgé de 26 ans, entre le 12 février 1883 à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Louis, n° 63, avec plusieurs lésions cutanées circonscrites, paraissant être au premier abord des syphilides tuberculo-croûteuses, siégeant au milieu du front, sur le nez, à l'avant-bras droit et sur la face dorsale de la main droite. Nous remarquons bien vite cependant qu'elles diffèrent des syphilides tertiaires par leur forme et par leur couleur; aussi procédons-nous à un interrogatoire complet du malade, et voici ce qu'il nous apprend.

Il n'a jamais connu son père et sa mère. Comme accidents cutanés antérieurs il n'a eu qu'un peu de gourme pendant son enfance; jamais il n'a eu de rhumatismes, jamais de chancre, jamais la moindre manifestation syphilitique. Il y a six mois, il était encore soldat, et se trouvait à Biskra en Algérie; il y fut pris de fièvres intermittentes et entra à l'hôpital. Ce fut alors qu'il vit paraître sur sa jambe droite trois boutons dont il reste encore les cicatrices. Ces trois boutons évoluèrent et guérirent spontanément en trois mois : plusieurs de ses camarades d'hôpital en avaient de semblables aux siens, et les médecins militaires lui dirent que c'était bien le clou de Biskra. Les ulcérations de la jambe commençaient à peine à guérir lorsque les lésions actuelles débutèrent par de petits boutons identiques à ceux de la jambe. Le malade ne se souvient pas d'ailleurs de s'être inoculé par le grattage aux points nouvellement atteints du pus provenant des ulcérations de la jambe. Il fut libéré à cette époque et rentra en France avec plusieurs de ses camarades venant comme lui de Biskra, et ayant comme lui des boutons ulcérés, des clous de Biskra, sur les jambes, sur les fesses et sur le visage.

D'après ces commémoratifs le diagnostic s'impose de lui-même; l'examen minutieux des lésions vient d'ailleurs le confirmer.

État actuel. — A la partie médiane *du front* se trouve une plaque croûteuse de trois centimètres environ de large sur deux centimètres de haut, d'un jaune brunâtre, épaisse, fort adhérente aux parties sous-jacentes. Elle recouvre un derme infiltré, non ulcéré, mais papillomateux, comme mamelonné. Les croûtes engainent ces sortes de mamelons, ces faisceaux de papilles hypertrophiées; aussi ne parvient-on à les soulever qu'en causant de la douleur au malade, et en déterminant une hémorragie assez abondante. Tout autour de cette surface croûteuse centrale on voit la même lésion se pro-

Digitized by Google

longer sur les parties voisines, mais sous un autre aspect. Elle y est constituée par de toutes petites papules rouges, acuminées, molles à leur centre comme un tubercule de lupus, creusées à leur sommet, et dans cette excavation s'enfonce une croûte jaune brunâtre assez épaisse, à laquelle se relient des squames nacrées, fines, recouvrant la périphérie de la papule. Ces papules sont isolées en certains points, vers la racine des cheveux, par exemple; mais en d'autres points, vers les deux extrémités du grand axe transversal de la plaque, par exemple, elles sont réunies par leur base de façon à constituer une sorte de nappe rouge sur laquelle leurs sommets croûteux sont cependant distincts. En un point isolé de la plaque centrale, ces papules ont atteint un certain degré de développement, et sont devenues tout à fait confluentes; leurs croûtes réunies n'en forment plus qu'une seule, large, épaisse, très adhérente, au-dessous de laquelle on trouve une surface inégale un peu excavée au centre, hérissée d'excroissances papillomateuses et saignantes.

La grande plaque du front présente un prolongement inférieur qui descend sous la forme d'un triangle isocèle à sommet très aigu vers la racine interne du sourcil droit. A ce niveau, le derme est infiltré et présente des papulo-tubercules à sommet croûteux. Mais, de plus, au-dessous de cette infiltration qui occupe les couches superficielles du tégument, il existe une infiltration profonde formant une sorte de cordon épais, dur, rectiligne, paraissant être causé par une phlébite; ce cordon gagne la partie droite de la racine du nez et s'y relie à un volumineux noyau un peu ovoïde situé vers la partie supérieure de l'angle interne de l'œil, au-dessous du sourcil. Tout autour de la plaque médiane la peau du front est un peu empâtée.

Une lésion presque identique à la précédente existe sur la partie *latérale droite du nez;* elle empiète sur la narine du même côté. Elle présente à sa partie médiane des croûtes épaisses, sèches, séparées en plusieurs îlots par des fissures profondes, de telle sorte qu'elle donne bien au premier abord l'idée d'une affection pseudo-papillomateuse. Tout autour de cette plaque croûteuse, qui a la grandeur d'une pièce de deux francs, se trouve une zone au niveau de laquelle les papulo-tubercules sont devenus confluents, et ont déterminé une infiltration marquée du derme. Cette zone s'étend d'une part d'un centimètre 1/2 environ sur la joue droite, d'autre part sur le dos du nez, mais très peu sur sa partie latérale gauche, où l'on ne trouve que deux ou trois petites papules croûteuses. Les narines, la sous-cloison et la partie voisine de la lèvre supérieure sont très tuméfiées. Les paupières et les joues sont envahies par un œdème blanchâtre non douloureux.

A l'*angle externe de l'œil gauche* se trouve une lésion de même nature que celles du nez et du front, mais beaucoup plus petite : son plus grand diamètre n'a qu'un centimètre et demi environ : elle ressemble jusqu'à un certain point à une énorme verrue enflammée et excoriée. A son niveau, le derme est assez profondément infiltré, les bords sont rouges, un peu surélevés. Au centre on remarque des fissures profondes et des saillies papillomateuses recouvertes de croûtes d'un jaune brunâtre.

A la *partie externe de l'avant-bras droit*, à huit centimètres environ au-dessus de l'apophyse styloïde du cubitus, se voit une sorte de tumeur arrondie, à limites assez nettes, qui paraît être constituée comme sur le nez par de petits tubercules confluents : elle a le volume d'une grosse noisette, et est recouverte par places de squames fines, par places de petites croûtelles qui s'enfoncent dans d'étroits pertuis semblables à des orifices glandulaires dilatés.

Digitized by Google

Sur la *face dorsale de la main droite*, il y a une large plaque de 5 à 6 centimètres de diamètre, à bords peu nets, paraissant constituée à la périphérie par de tout petits éléments érythémato-papuleux qui s'effacent sous la pression du doigt. Plus en dedans, dans une étendue de trois centimètres de diamètre environ, le derme est très infiltré, épaissi, d'un rouge vif qui ne disparaît pas par la pression. Enfin, tout à fait au centre, on trouve une croûte brunâtre, assez épaisse, très adhérente, d'un centimètre et demi de diamètre environ, non douloureuse et paraissant reposer sur une ulcération profonde du derme remplie d'un liquide un peu brunâtre, purulent, et dont le fond est hérissé de papilles énormes, ou mieux de mamelons d'un rose vif.

A la partie supérieure et médiane du mollet droit existent des cicatrices brunes de la largeur d'une pièce de 50 centimes, légèrement déprimées, et qui, d'après le malade, seraient consécutives aux clous de Biskra qu'il aurait eus en Algérie. Il n'y a rien de perceptible sur tout le reste du corps, si ce n'est quelques petites pustules d'acné disséminées dans le dos, et un peu de xérodermie pilaire à la face externe des bras et des avant-bras. Il n'y a pas de ganglions engorgés. La sensibilité est partout normale, même au niveau des parties atteintes.

On soumet le malade, pour plus de sûreté, pendant quelque temps à l'iodure de potassium (3 grammes par jour) : sous l'influence de cette médication, les symptômes ne présentent pas la moindre amélioration ; il faut donc renoncer définitivement à en faire des manifestations insolites d'une syphilis ignorée, et porter comme nous l'avons fait dès le premier jour le diagnostic de *bouton de Biskra*.

Après cinq ou six jours de pulvérisations répétées et d'applications de cataplasmes, on a pu débarrasser les lésions cutanées de toutes les croûtes qui les recouvraient, et l'on voit bien nettement que le centre des plaques est constitué par des saillies papillomateuses fort douloureuses, isolées par places sous forme de toutes petites crêtes, mais pour la plupart groupées et adhérentes par faisceaux les unes aux autres de façon à constituer des mamelons de plusieurs millimètres d'épaisseur sur deux ou trois millimètres de hauteur : ces mamelons sont séparés les uns des autres par des sillons profonds, très inégaux et très irréguliers. Cette disposition verruqueuse n'est très accentuée qu'en un point assez restreint de la plaque; le reste est beaucoup moins inégal ; il paraît même au premier abord être tout à fait uni, mais en le regardant avec soin il est facile de voir qu'il présente aussi des saillies verruqueuses.

A la main droite, la croûte centrale est tombée. A sa place on voit une ulcération ovalaire d'un centimètre environ de large sur près de deux centimètres de long, à bords assez nets; elle est peu profonde et hérissée de saillies papillaires d'un à deux millimètres de hauteur, assez nettement isolées les unes des autres, surtout vers la partie interne de l'ulcération. Tout autour de cette ulcération centrale, et rangés en cercle concentrique, se voient nettement par transparence au-dessous de l'épiderme de petits grains jaunes semblables à des éléments de milium; en un endroit situé vers la partie externe de l'ulcération, à un millimètre et demi ou deux millimètres du bord de cette ulcération, l'un d'eux s'est ouvert à l'extérieur, et par l'orifice jaunâtre, arrondi, d'un millimètre de diamètre, qui conduit dans une petite cavité cratériforme, il s'écoule par la pression un peu de sérosité purulente.

Le 18 février on inocule au bras droit du malade du pus et des fragments de croûtes de l'ulcération de la main droite. Le 20 février, il s'est formé aux

Digitized by Google

points inoculés de toutes petites papules rouges à sommet blanchâtre, mais les jours suivants tout disparaît. L'inoculation est donc négative. On commence à panser les lésions cutanées avec du vigo.

Le 2 mars, la lésion de la main a perdu son aspect primitif; elle est devenue sèche, fort nettement papillomateuse. Autour de l'ulcération centrale se voit une zone d'infiltration d'un rouge violacé, d'un centimètre de large environ. Cette zone est criblée de petits noyaux jaunâtres disposés en cercles concentriques, et que l'on voit par transparence au-dessous de la couche épidermique. Au-dessus de plusieurs d'entre eux l'épiderme est froncé : il semble que l'extension de la partie centrale papillomateuse se fasse par l'ulcération progressive de tous ces petits points jaunâtres.

La plaque du nez a pris beaucoup de développement, surtout à la partie médiane. Toute sa surface est maintenant divisée par des sillons très profonds en bourgeons papillomateux fort irréguliers, à la surface desquels se voit un piqueté rouge entouré de petits tractus blanchâtres tenant sans doute à l'injection des papilles hypertrophiées. La plaque frontale n'a pas changé de caractère. Celle de l'avant-bras a un peu diminué.

Le 13 mars, les lésions se sont fort affaissées. La plaque du front est méconnaissable ; elle n'est presque plus papillomateuse, et l'infiltration cutanée est beaucoup moins considérable à son niveau. Celle de l'angle externe de l'œil gauche a également diminué de moitié; elle est presque complètement cicatrisée. Celle du nez va beaucoup mieux sur toute sa partie périphérique, il n'y a plus guère que le centre qui soit aussi tuméfié et aussi papillomateux. L'ulcération de la main s'étend encore par le mécanisme indiqué; le fond n'en est plus suintant, il est sec, papillomateux. Il y a toujours à sa périphérie les petits points jaunes que j'ai mentionnés. Le cordon induré du milieu du front a augmenté de volume, surtout vers sa partie inférieure; il y atteint la grosseur d'une noisette, et la peau est fort rouge à son niveau. Quant à la plaque de l'avant-bras, elle a presque entièrement disparu; il ne persiste plus qu'une fort légère induration.

Le 11 avril, l'avant-bras est complètement guéri : l'ulcération de la main est cicatrisée; la place en est encore marquée par une tache d'un rouge violacé un peu foncé, mais il n'y a plus de saillies papillomateuses, plus d'épaississement de la peau. La plaque du front a subi le même processus de régression; une simple tache d'un rouge brunâtre en est le dernier vestige; mais, à sa partie inférieure, le cordon induré dont nous avons parlé plus haut persiste encore; il est peut-être un peu moins volumineux, moniliforme, mais la tumeur qui existe au-dessous de la queue du sourcil droit a toujours les dimensions d'une noisette. La plaque nasale s'est bien affaissée, cependant sur la partie moyenne de la face latérale droite du nez il y a encore un peu d'épaississement du derme et quelques saillies mamelonnées. Les narines et la partie voisine de la lèvre supérieure présentent également de la rougeur, de l'infiltration et quelques croûtes jaunâtres donnant à la lésion un faux aspect d'impétigo sycosiforme de la lèvre supérieure.

Le malade se trouvant à peu près complètement guéri demande son exeat. Le traitement qu'on lui a fait subir pendant tout son séjour à l'hôpital a consisté à lui donner à l'intérieur, sans succès, pendant une vingtaine de jours, trois grammes d'iodure de potassium, puis des toniques et un bon régime; à l'extérieur on a fait tomber les croûtes par des pulvérisations et des cataplasmes, puis on a recouvert les parties atteintes d'emplâtre de vigo.

Digitized by Google

REVUE DE DERMATOLOGIE

I. — Du myxœdème par extirpation de la thyroïde ou myxœdème opératoire, par Jacques-Louis et Auguste Reverdin (Extrait d'un mémoire intitulé : *Note sur vingt-deux opérations de goitre*, chez Georg., Genève, 1883).

II. — Leçon sur le myxœdème, par Thomas Oliver (*British medical Journal*, 17 mars 1883, p. 502).

III. — Cas de myxœdème, par le Dr Suckling (*British medical Journal*, 7 avril 1883).

I. — Aux hypothèses pathogéniques proposées pour le myxœdème, MM. Reverdin, de Genève, viennent d'ajouter une notion nouvelle, aussi intéressante qu'imprévue : le myxœdème serait sous la dépendance d'une atrophie ou d'une suppression totale par extirpation du corps thyroïde.

Le 13 septembre 1882, M. J.-L. Reverdin a fait à la Société médicale de Genève une première communication, ainsi résumée par la *Revue médicale de la Suisse romande* (1882, p. 539).

« M. J.-L. Reverdin fait une communication sur les accidents consécutifs à l'ablation totale du goitre... Deux ou trois mois après l'opération, les malades ont présenté pour la plupart un état de faiblesse, de pâleur, d'anémie, s'accompagnant chez deux d'entre eux d'un état d'œdème de la face et des mains sans albuminurie; chez l'un, on constatait une contraction de la pupille, de la tristesse, de l'accablement, et dans un cas le facies devint très analogue à ce qu'il est chez les crétins. Chez la plupart de ces opérés, cet état spécial a été long à disparaître, et chez trois d'entre eux il dure depuis une année. Aucun des auteurs qui se sont occupés de la question ne signale ces accidents à la suite de l'ablation du corps thyroïde hypertrophié ou altéré.

M. Kocher a cependant dit à M. Reverdin que, dans un cas observé par lui, l'opéré resta triste et faible après sa guérison...

Quelle part prend le système nerveux dans la production de ces accidents? L'irritation, le tiraillement du grand sympathique, doivent-ils être mis en cause? Ou bien le corps thyroïde, dont les fonctions sont encore obscures pour les physiologistes, jouerait-il dans l'hématopoièse un rôle

Digitized by Google

assez important pour que son ablation entraînât un trouble si profond dans l'économie?

En présence de ces résultats, M. J.-L. Reverdin a modifié sa pratique. Autrefois il enlevait le corps thyroïde en entier quand c'était possible. Aujourd'hui il respecte la membrane enveloppante ou conserve une partie de la glande. Dans un cas où il n'a enlevé qu'un lobe du corps thyroïde il n'a pas eu d'accidents consécutifs. »

Cette première communication sommaire marque déjà l'intérêt théorique et pratique des singulières observations faites par J.-L. Reverdin. Elle fixe en même temps la priorité de la découverte.

« Nous avons tenu, disent MM. Reverdin dans le mémoire que nous analysons, à remettre ces lignes sous les yeux du lecteur, parce que Kocher vient de faire en avril 1883, au congrès des chirurgiens allemands, une communication importante sur ce même sujet, après avoir fait une revision de ses opérés. D'après les analyses nécessairement brèves qu'en ont données différents journaux, il semble que ces observations soient assez analogues aux nôtres dans leurs traits principaux; que l'interprétation qu'il en donne au point de vue pathogénique est en partie seulement semblable à celle que nous avons avancée sous forme d'hypothèse, et que les conséquences pratiques au point de vue de l'intervention opératoire sont identiques. »

Voici maintenant l'exposé des phénomènes observés par MM. Reverdin chez leurs opérés, tel qu'il ressort de leur récent travail. C'est généralement deux ou trois mois après l'opération, alors que tout semble terminé, que les malades sont pris de *faiblesse générale* avec *pâleur anémique*. Cette faiblesse se manifeste du côté des membres inférieurs par une fatigue rapide dans la marche avec sensation de lourdeur, de gêne pénible, quelquefois douloureuse; du côté des membres supérieurs, par de la maladresse, de la difficulté à tenir les objets et de la paresse dans les mouvements. Un garçon coiffeur ne pouvait plus bien tenir ses ciseaux; une dame sentait sa main comme endormie quand elle voulait se livrer à des ouvrages fins comme le crochet. Le mari d'une autre opérée constatait que sa vaisselle subissait de nombreuses avaries. Chez deux malades la faiblesse a paru plus marquée du côté droit, pour le membre supérieur seulement.

A la faiblesse se joint une *sensation de froid*, plus marquée aux extrémités, mais existant aussi en d'autres régions. Chez un malade, la moitié droite de la face, plus pâle que la gauche, était aussi moins chaude, et, de ce côté, l'on constatait un rétrécissement de la pupille et un affaiblissement plus marqué du membre supérieur.

Comme troubles cérébraux, les auteurs signalent chez leurs opérés *la lenteur de la parole* et la *diminution de la mémoire*. Dans deux cas

Digitized by Google

cet affaiblissement de la mémoire dure encore après plus de deux ans; ce désordre, du reste, n'est pas constant et ne s'accompagne d'aucune atteinte grave dans les fonctions intellectuelles. La lenteur de la parole a été observée chez deux opérés : l'un s'en rendait compte lui-même et disait qu'il avait la langue lourde et pesante; mais il semblait que chez tous deux le travail de la pensée fût également ralenti.

En même temps que le malade perd ses forces, il voit ses couleurs disparaître pour être remplacées par une *pâleur progressive*. Il prend alors un teint jaunâtre, un peu terreux, se rapprochant de celui qu'on observe chez certains crétins. Cette coloration est surtout marquée au visage, et persiste très longtemps. Dans deux cas, cette pâleur spéciale a été accompagnée de *bouffissure*, d'où une déformation des traits achevant la ressemblance avec le facies du crétin. Chez une malade, il est vrai, l'urine a été plusieurs fois trouvée albumineuse, mais la bouffissure n'était pas l'œdème vrai. En même temps que la face, les mains s'épaississent, mais la pression des doigts n'y produit pas d'empreinte. Les bras eux-mêmes et les jambes ont été une fois envahis par une tuméfaction diffuse, et les membres étaient devenus cylindriques. Deux malades ont accusé d'une manière très nette la *suppression de la transpiration*, et chez l'un d'entre eux la sécrétion sudorale ne s'est rétablie qu'au bout de deux ans.

Chez aucun des malades observés par MM. Reverdin, la santé n'est entièrement rétablie; la mémoire reste affaiblie, la fatigue se fait encore sentir chez quelques-uns; ou bien les traits sont encore plus ou moins altérés, le fond du teint un peu jaunâtre ; mais la décroissance graduelle de tous les phénomènes, sauf peut-être de la perte de la mémoire, fait espérer dans un avenir prochain la guérison complète. La durée approximative des accidents serait de deux ans.

Passant à la question de pathogénie, MM. Reverdin arrivent à une première conclusion positive, c'est que l'ensemble des phénomènes qui précèdent ne s'est produit qu'à la suite d'*extirpation totale* du corps thyroïde : rien de semblable ne s'est manifesté, ni à la suite de l'extirpation partielle, ni après l'énucléation ou l'incision avec résection et suture dans les cas de kystes. D'autre part, la nature de la tumeur, les difficultés opératoires, la perte de sang, la durée de la guérison définitive, etc., ne peuvent être incriminées en aucune manière. Enfin, l'âge et le sexe paraissent encore de peu d'importance, puisque les accidents ont été observés chez deux hommes, l'un de 24 ans, l'autre de 40, chez trois femmes, une multipare et deux primipares. Il est à remarquer, du reste, que tous les opérés par extirpation totale n'ont pas été fatalement atteint de ces complications tardives; 5 seulement sur 12 les ont pré-

Digitized by Google

sentées. Mais comment expliquer ce qui s'est passé chez ces derniers? Un premier rapprochement pouvait s'imposer : quoi de plus séduisant que de comparer ces malades atteints de phénomènes crétinoïdes après extirpation du corps thyroïde aux crétins goitreux? Dans les deux cas, le corps thyroïde serait fonctionnellement supprimé, ici par dégénération, là par suppression totale. Plusieurs objections rendent cependant ce rapprochement inadmissible. S'il était justifié, l'extirpation totale de l'organe devrait toujours amener les mêmes conséquences, ce qui n'est pas; pour expliquer cette inconstance dans les résultats, on pourrait, il est vrai, invoquer une suppléance par la rate, par exemple, dont l'extirpation ; dans un cas de Crédé a amené une tuméfaction passagère du corps thyroïde. Examinée chez deux malades par MM. Reverdin, la rate n'a pas paru modifiée dans son volume. En second lieu, tous les crétins ne sont pas goitreux, et, du reste, les ressemblances sont loin d'être complètes entre eux et les opérés de goitre.

Par contre, l'analogie est des plus frappantes entre les accidents tardifs de l'extirpation du thyroïde et le myxœdème ou la cachexie pachydermique. « Nos observations, disent les auteurs, étaient mises au net, sans aucune idée préconçue, lorsque nous avons lu par hasard une courte analyse d'un travail de Hadden (1) sur le myxœdème, et nous avons été immédiatement frappés de la similitude des symptômes du myxœdème que nous ne connaissions guère avec ceux qu'ont présentés nos malades. La lecture de quelques travaux sur ce sujet nous a fait constater à chaque pas de nouveaux points de contact. » Sans doute il y a des différences, mais qui portent sur l'intensité et non sur l'ensemble des phénomènes.

Un fait des plus curieux et qui jusqu'à présent a passé inaperçu, du moins en France, vient compléter l'analogie. « Dans la plupart des ob-
« servations de myxœdème il est expressément noté que le corps
« thyroïde est atrophié ou qu'il est impossible de le sentir; à l'autopsie,
« Ord l'a trouvé altéré, et l'examen microscopique a montré que les
« alvéoles étaient comprimées et la plupart oblitérées par du tissu de
« nouvelle formation. L'atrophie de la thyroïde serait un phénomène
« constant, d'après Hadden.

« D'un côté donc, atrophie de la thyroïde et myxoedème ; de l'autre,
« suppression de la glande et production du même ensemble de phé-
« nomènes. Nous pensons que le rapprochement ne peut guère être plus
« complet. »

Et ce rapprochement conduit à cette hypothèse, que le myxœdème

(1) Hadden. The nervous symptoms of myxœdema. *Brain*, London, 1883 p. 193.

Digitized by Google

est lié à une atrophie du corps tyroïde, hypothèse qui, il est vrai, ne sera vérifiée qu'après solution de cette question encore indéterminée: l'atrophie de la glande a-t-elle précédé ou accompagné les autres manifestations? Hadden paraît la considérer comme un phénomène secondaire, mais on comprend combien les renseignements précis sont difficiles à recueillir sur ce point.

L'intervention du corps thyroïde dans la pathogénie du myxœdème peut s'expliquer de deux façons, d'après MM. Reverdin. La suppression de ses fonctions en tant qu'organe hematopoiétique conduit d'abord à supposer que la matière colloïde, très analogue à la mucine, qu'il sépare normalement du sang, s'accumule dans ce liquide et de là dans la peau, les muscles, autour des terminaisons nerveuses. Mais outre que ce rôle physiologique du corps thyroïde est des moins nettement établis, cette hypothèse ne cadre pas avec l'observation clinique qui révèle avant tout des désordres dans l'innervation vaso-motrice. C'est le lieu de dire qu'indépendamment des troubles tardifs auxquels les auteurs donnent le nom de *myxœdème par extirpation de la thyroïde* ou *myxœdème opératoire*, une série de phénomènes nerveux ont été observés après ou même pendant l'opération, refroidissement et pâleur, tétanie avec ou sans troubles cardiaques et respiratoires, accidents qui ne peuvent être imputés qu'à des modifications du grand sympathique dont les branches accolées aux gros vaisseaux sont irritées par le traumatisme et les nombreuses ligatures. C'est encore dans un trouble de l'innervation vaso-motrice qu'on est logiquement amené à placer la cause intime du myxœdème opératoire; mais, comme celui-ci ne se produit qu'après extirpation totale du corps thyroïde, il faut penser que cet organe joue le rôle d'un véritable centre vaso-moteur, hypothèse qui va bien avec les heureux résultats obtenus récemment par l'extirpation du corps thyroïde dans le goitre exophthalmique. (Tillaux et Borel.)

Nous en avons assez dit pour montrer toute l'importance des faits nouveaux avancés par MM. Reverdin. Sans doute, avant de se prononcer définitivement, il faut attendre la confirmation de leurs résultats opératoires, qui, dans l'espèce, acquièrent toute la valeur d'expériences physiologiques. Mais dès à présent une voie facile s'ouvre à l'observation; si les relations du myxœdème avec la suppression fonctionnelle du corps thyroïde se vérifient, la physiologie et la pathologie s'enrichiront d'une belle découverte dont les applications ne resteront pas limitées à la seule étude du myxœdème. P. MERKLEN.

II. — La myxœdème est une maladie qui affecte d'ordinaire les femmes arrivées à l'âge moyen de la vie; elle a une marche lentement progressive. Les causes en sont obscures : le Dr Ord croit que les peines

Digitized by Google

morales et que les chagrins domestiques pourraient bien ne pas être étrangers à son développement, et les deux cas qu'en rapporte l'auteur viendraient confirmer jusqu'à un certain point cette opinion.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme, M. W..., âgée de 44 ans, qui vint consulter le Dr Oliver, au mois d'octobre dernier, pour de l'engourdissement et du gonflement des mains, et pour une sensation douloureuse de pesanteur dans la tête. Avant le début de cette affection, qui remontait à 6 ou 7 ans, elle n'avait jamais été malade, mais elle s'inquiétait et se tourmentait constamment, et sans aucun motif sérieux. Quand l'auteur la vit, elle avait la figure enflée, sans aucune expression; elle y éprouvait une sensation pénible de raideur ; les paupières étaient assez œdématiées pour cacher presque complètement les globes oculaires; les paupières supérieures étaient plus tendues que les inférieures, ce qui montrait bien que cette tension ne tenait pas simplement à de la sérosité, et de plus on ne pouvait y déterminer une cupule par la pression du doigt. Au-dessus et au-dessous des paupières, la peau était transparente et présentait des rides transversales. Sur chaque joue se voyait par instants une plaque rouge. Le nez et les lèvres étaient fort épaissis; la langue était volumineuse; la parole lente mais distincte; l'intelligence émoussée; la mémoire mauvaise; la démarche extrêmement lente, incertaine, chancelante; la malade était tombée quelquefois. Les mains étaient enflées, la peau dans toute son étendue était rude et sèche. Le sens du tact et la sensibilité à la douleur étaient fort diminués, et de plus il y avait chez elle un retard notable dans la transmission des impressions sensitives. *La glande thyroïde était très atrophiée :* elle avait perdu plusieurs dents, et celles qui restaient étaient ébranlées et vacillantes. Les cheveux étaient très secs et cassants, et ils tombaient en abondance; les sourcils et les cils avaient totalement disparu; la peau de la partie supérieure du front avait une coloration bronzée particulière. Tout ce qu'elle faisait, elle le faisait lentement; elle mettait même un certain temps à répondre aux questions qu'on lui posait. Le réflexe rotulien existait, mais il ne se produisait qu'un certain temps après le choc. L'urine n'avait jamais renfermé d'albumine. (Poids spécifique 110.) Le pouls (54 à 58 pulsations) était fort difficile à percevoir au poignet à cause de l'épaisseur de la peau. Le premier bruit du cœur était dédoublé à la pointe et surtout à la base. Les mouvements respiratoires (14 par minute) présentèrent chez cette malade des modifications intéressantes : après une inspiration forte et prolongée, il se faisait un repos subit et complet pendant quelques secondes, puis l'expiration se produisait. La température variait entre 95°,6 et 96°,5 Fahr. La pupille gauche était plus contractée et moins excitable que la droite. La constipation était habituelle, la défécation pénible, difficile et suivie d'une sensation de brûlure

Digitized by Google

vers l'anus; ces phénomènes tenaient sans doute au gonflement des tissus de cette région.

Dans le second cas, il s'agissait également d'une femme, Margaret H..., âgée de 44 ans, et non mariée, qui avait eu, elle aussi, beaucoup de peines morales et de chagrins. Elle présentait, quoique à un moindre degré, presque tous les symptômes qui ont été signalés chez la malade précédente, et en particulier la lenteur du pouls et les anomalies du rythme respiratoire.

Dans le myxœdème, dit l'auteur, le tissu connectif de l'économie est le siège d'une hyperplasie excessive et d'une dégénérescence : les éléments fibrillaires et les noyaux se multiplient, tandis que la substance intercellulaire, ce que le Dr Ord appelle « interstitial cement », augmente énormément. Les tissus sains ne contiennent que peu de mucine; dans le myxœdème la peau en renferme cent fois plus qu'à l'état normal. C'est à la distension des espaces intercellulaires par cette substance que sont dus le gonflement des téguments, leur transparence et leur sécheresse. Aucun tissu de l'économie n'est d'ailleurs épargné; l'infiltration et la dégénérescence que nous venons de décrire tendent graduellement à envahir les tissus nerveux, musculaire, sanguin, lymphatique, etc...; *toutefois le corps thyroïde diminue de volume.* Plus tard arrive enfin une période où le processus morbide attaque les systèmes glandulaires et intéresse les reins; la substance corticale est alors le siège d'une prolifération nucléaire dont le début est annoncé par l'apparition de l'albumine dans les urines; la maladie se termine ainsi en mal de Bright, et la mort arrive dans le coma.

Les tracés sphygmographiques montrent qu'il existe une haute tension artérielle, même avant qu'on ne trouve de l'albumine dans les urines; aussi quelques auteurs ont-ils regardé le myxœdème comme une forme du mal de Bright, d'autant plus qu'il y a également une accentuation du deuxième bruit du cœur. Mais le Dr Oliver fait remarquer qu'il ne faut pas oublier, si l'on veut apprécier la valeur de la tension artérielle, que la tunique externe des artères est envahie par le processus morbide.

Il insiste tout spécialement sur les phénomènes nerveux, sur le ralentissement des mouvements, sur l'impossibilité de prolonger un effort musculaire, sur le retard de toutes les perceptions physiques et intellectuelles, puis il analyse les travaux du Dr Ord sur les lésions des extrémités nerveuses et du cerveau. Il constate que l'examen ophtalmoscopique n'a encore révélé aucune altération rétinienne. Comme beaucoup d'autres auteurs, il croit même, en l'absence de preuves anatomiques, que les ganglions sympathiques sont atteints par le processus, et il en donne pour preuves les retards que présentent les mouvements du cœur et des intestins, ainsi que le rythme respiratoire.

Digitized by Google

Ses deux malades ont été améliorées pendant quelque temps par l'usage du fer et de l'acétate d'ammoniaque; elles l'ont été également par l'administration de teinture de Jaborandi; sous son influence, la peau des mains est devenue plus douce, et la sensation d'engourdissement a diminué. Il se propose d'essayer le phosphore; mais il n'a pas encore expérimenté la nitroglycérine, qu'emploient d'autres médecins; il est persuadé que, s'il y a dans le myxœdème une haute tension artérielle, cette tension est plutôt l'effet que la cause de l'affection. L.-BROCQ.

III. — La malade était une femme de 35 ans qui était déjà souffrante depuis une dizaine d'années. Les premiers symptômes de l'affection avaient été de la lenteur de la parole et de la bouffissure des paupières. Lorsque l'auteur la vit, elle avait de l'œdème de la face, mais la pression digitale n'y déterminait pas de cupule. La peau était transparente, les pommettes colorées. La langue, large et pâle, ne se mouvait qu'avec lenteur. La peau était sèche et rude, les mains et les extrémités inférieures étaient enflées; on ne pouvait y déterminer de cupule par la pression. La parole était lente; la démarche embarrassée, mais il n'y avait pas d'incoordination des mouvements. L'urine était décolorée, d'une faible pesanteur spécifique; elle ne renfermait pas d'albumine. La contractilité électrique était fort diminuée, et l'auteur attribue ce phénomène à ce que la peau avait perdu la plus grande partie de son pouvoir conducteur, car elle était sèche et infiltrée de mucine. L. B.

Digitized by Google

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

I. — Contribution a l'étude des arthropathies syphilitiques tertiaires, par M. P. Méricamp (*Thèse* pour le doctorat, 1882).

II. — De la syphilis articulaire, par Defontaine (*Thèse* pour le doctorat, 1883).

I. — M. Méricamp se contente de signaler l'existence des arthrites et des arthralgies syphilitiques secondaires, et « désire s'occuper exclusivement dans sa thèse des arthropathies syphilitiques tertiaires ».

La lumière est loin d'être faite sur la question de *l'arthrite syphilitique tertiaire et de la tumeur blanche syphilitique.*

M. Méricamp a parmi les anciens documents réunis les mieux observés. A côté d'eux il a placé des observations nouvelles qu'il a recueillies, et dont plusieurs présentent le plus grand intérêt. C'est sur ces bases qu'il a pu étudier et décrire trois formes d'arthropathies syphilitiques tertiaires. Il a eu l'heureuse chance de faire l'autopsie, pendant qu'il était l'interne de M. Fournier, d'une femme atteinte d'arthropathie syphilitique. C'est le second cas de ce genre qui existe dans la science. Le premier appartient à M. Lancereaux.

La question de la syphilis tertiaire des articulations a été l'objet de plusieurs travaux, parmi lesquels un des plus importants et des plus anciens (1853) est celui de M. Richet, qui, contrairement à l'opinion de Ricord, admet la tumeur blanche syphilitique, et en décrit deux formes : L'une est la *synovite* syphilitique, l'autre est l'*ostéo-synovite* syphilitique.

En 1875, *Dauzat* et *Voisin* ont défendu ces idées, tandis que *Panas* (*Dict. pratique*) et *Bouilly* (*Th. d'agrégation*, 1878) les ont combattues.

M. *Bouilly*, d'après les résultats de l'autopsie de Lancereaux, admet une arthropathie constituée par une infiltration gommeuse *péri-synoviale*. Celle-ci serait la lésion initiale. L'épanchement articulaire est consécutif, et il survient sans arthrite. Un retentissement analogue peut avoir lieu sur la synoviale par le fait de l'action que la syphilis exerce sur le périoste des extrémités osseuses.

M. *Méricamp* se rallie complètement à ces idées et nie l'arthrite syphilitique tertiaire primitive ainsi que la tumeur blanche syphilitique. Il pense que les lésions articulaires sont toujours consécutives aux mani-

Digitized by Google

festations tertiaires *péri- ou juxta-articulaires*. Le mot *arthrite syphilitique* est donc mauvais. Il est préférable de dire *arthropathie*.

M. Méricamp en admet trois types, dont deux sont connus :

Le 1er consiste en un épanchement articulaire qui occupe le 1er plan dans le tableau clinique, et qui est un phénomène secondaire d'après l'auteur.

Dans le 2e type, les extrémités osseuses sont seules atteintes.

Le 3e type, qui n'a pas eu de contrôle anatomique, se rapproche des arthropathies nerveuses ou de l'arthrite sèche. On l'a observé seulement dans la syphilis héréditaire. La science n'en possède que deux observations, dont l'une appartient à M. Duménil, de Rouen, et l'autre à M. Méricamp.

Premier type. — La caractéristique est l'épanchement articulaire qui est toujours consécutif à des *dépôts gommeux* déposés autour de la synoviale ou au niveau de ses culs-de-sac, ou bien à des périostites circonscrites, répondant à des culs-de-sac de la séreuse articulaire.

On ne peut pas dire qu'il s'agit ici d'*hydarthrose syphilitique*, car l'épanchement est secondaire aux lésions péri-synoviales. Témoin le fait de Lancereaux (1873), que nous trouvons publié tout au long dans la thèse de M. Méricamp. Ici l'autopsie a donné la confirmation des idées précédentes. En effet, les articulations fémoro-tibiales contenaient de la sérosité louche ; les synoviales étaient épaissies, vascularisées, et les cartilages érodés. Mais la lésion principale consistait en masses jaunes, élastiques, *gommeuses*, développées dans les tissus fibreux péri-articulaires et sous-synoviaux. « *C'est sans doute*, dit M. Lancereaux, *à la suite de l'irritation de la membrane synoviale que s'est produit l'épanchement séreux articulaire.* »

Les caractères classiques de cette arthropathie sont les suivants :

1° Épanchement articulaire ;

2° Intégrité des extrémités osseuses ;

3° Épaississement de la synoviale. Cet épaississement paraît être secondaire à l'hydarthrose, plutôt qu'il n'en est la cause.

Un symptôme caractéristique consiste dans la présence de plaques *dures, chondroïdes, élastiques*, affectant rarement la forme de *nodosités*. Confluentes ou discrètes, elles sont placées au-dessus de la rotule ou de chaque côté du tendon rotulien, et donnent une sensation de corps étrangers. Elles disparaissent rapidement par le traitement spécifique, ou se résolvent en petites infiltrations riziformes donnant lieu à une crépitation fine, amidonnée. (J. Voisin.)

Cette affection est complètement *indolente*.

L'épanchement, *intermittent* d'après Richet, disparaît sous l'influence du traitement.

Digitized by Google

Est-ce là une véritable tumeur blanche? Non, car où sont les fongosités ? et la forme caractéristique du genou, etc? Est-ce une arthrite? Non encore, car la douleur, l'attitude fixe du genou, les contractures réflexes, font défaut.

Toussaint dans sa thèse (1881) cite 2 cas de corps étrangers articulaires d'origine syphilitique. D'après les faits fournis par l'autopsie de Lancereaux, ces corps étrangers seraient d'abord péri-synoviaux, et il est facile de comprendre la pathogénie de leur évolution. Donc il ne faut pas se hâter, dans tous les cas de corps étrangers articulaires, de pratiquer l'arthrotomie.

M. Méricamp admet que les dépôts gommeux peuvent se ramollir et donner lieu à de la fluctuation, attribuée souvent à tort à des fongosités. Au coude, ces gommes extra-articulaires ont une prédilection marquée pour la gouttière qui sépare l'olécrâne de l'épitrochlée. Elles produisent en ce point une tuméfaction légèrement douloureuse, qui peut en imposer pour une tumeur blanche du coude.

Les lésions tertiaires du *périoste* peuvent produire aussi un épanchement articulaire, par une sorte de retentissement irritatif. Dans un cas communiqué par M. Kirmisson, la notion d'une tuméfaction circonscrite et l'existence d'un point douloureux localisé ont permis à ce chirurgien de porter le diagnostic d'arthropathie syphilitique, quoique l'hydarthrose dissimulât la périostite gommeuse qui la produisait.

Deuxième type. — Il correspond à la *pseudo-tumeur blanche syphilitique* de M. Fournier, et est caractérisé par des lésions des extrémités osseuses, *tous les éléments fondamentaux de l'article* (les cartilages articulaires exceptés) *restant intacts*. C'est cette variété dont M. Méricamp a pu vérifier les lésions par l'autopsie.

Cette autopsie est celle d'une femme atteinte d'un chancre infectant en 1856, et ayant eu à cette époque des accidents secondaires graves. Elle fut soignée en 1859 pour une tuméfaction (?) du coude, qui disparut sous l'influence de l'iodure de potassium, pour reparaître à plusieurs reprises. En 1874, elle offrait une *pseudo-tumeur blanche syphilitique exostosique* du genou et du coude gauches, et des exostoses multiples disséminées sur la totalité du squelette, et particulièrement au crâne. La tumeur blanche du genou, exclusivement formée par une augmentation du volume des os, s'est peu à peu compliquée d'hydarthrose. En 1879, la malade a des accidents pulmonaires, que M. Fournier rapporte à la syphilis, et une fracture spontanée de la clavicule.

Elle succombe en février 1882; les lésions de l'articulation du genou sont les plus intéressantes. Les éléments constitutifs de la jointure sont sains, sauf les cartilages, qui sont *à peine* lésés. Le fémur est doublé, au niveau de la diaphyse, de lamelles osseuses *réticulées, feutrées*, et pré-

Digitized by Google

sente des points d'ostéite condensante. Au-dessus du cartilage articulaire se trouve un foyer d'une substance d'un jaune d'or, pulpeuse, dont l'examen microscopique révèle la nature gommeuse. Même fait pour le coude ; l'humérus est atteint de lésions analogues et d'une exostose. La clavicule est atrophiée et porte une pseudarthrose. De même que le sternum, elle renferme de la substance gommeuse. L'articulation sterno-claviculaire n'a rien de pathologique. Elle est relâchée, mais seulement par le fait de la destruction de la corne sternale qui supporte la surface articulaire.

Les observations qui suivent (3 sont tirées de la thèse de Dureuil, — une est de Kirmisson, — une autre de Bouilly) se rapportent au même type.

On le voit, l'intégrité de l'articulation, des téguments des muscles, fait exclure l'idée d'une arthrite.

M. Méricamp pense que l'affection osseuse est d'abord diaphysaire. Elle gagne l'épiphyse en se diffusant (gomme diffuse de l'os), ou en propageant par rayonnement les phénomènes d'ostéite. C'est ainsi qu'elle peut retentir sur la jointure (arthropathie).

Lors de la réparation, il survient des phénomènes d'ostéite condensante, et la cavité gommeuse subit la transformation fibreuse.

Les lésions des cartilages sont banales, comme dans toute espèce d'arthropathie. Sont-elles sous la dépendance des lésions de la synoviale? On peut l'admettre, car la synoviale devient malade quand elle renferme du liquide depuis longtemps.

M. Méricamp, tout en admettant que les gommes osseuses sont le plus souvent diaphysaires, ne nie pas qu'elles puissent exister primitivement dans les épiphyses. Témoins les faits de Taylor, de Coulson, de Gaucher.

On ne peut donner à ces lésions le nom de tumeur blanche, car où sont les fongosités ?

Le diagnostic vrai est donc *pseudo-tumeur blanche syphilitique*, ou *ostéite spécifique de l'extrémité osseuse avec hydarthrose consécutive par irritation sécrétoire*.

Quand le malade souffre, ce n'est qu'à la période initiale, *préparatoire*, et alors les douleurs sont nocturnes. Les douleurs disparaissent plus tard (ou bien on ne trouve qu'une douleur très localisée par la pression), et, chose remarquable, l'indolence existe encore quand il y a des lésions destructives, même très intenses.

M. Méricamp prétend que *le doigt en lorgnette* « doigt dont les divers articles paraissent rentrés les uns dans les autres, à la façon des articles d'une longue-vue » est dû à l'existence des lésions osseuses précédentes.

Digitized by Google

au voisinage de la première articulation interphalangienne; lésions réduisant sensiblement le volume des extrémités osseuses.

La pseudo-tumeur blanche syphilitique a paru plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Elle a une prédilection pour le côté gauche, et, par ordre de décroissance, pour le *genou*, l'articulation sterno-claviculaire, le coude, le cou-de-pied, l'épaule, la hanche.

Troisième type. — On possède plusieurs observations d'accidents articulaires *précoces* de la syphilis héréditaire.

M. Méricamp publie une intéressante observation d'accidents articulaires *tardifs* de la syphilis héréditaire.

Cette observatiou, avec celle de M. Duménil, de Rouen (Thèse de Gressent, 1874), permet de donner comme caractéristique de cette troisième forme, la *déformation* ostéophytique des extrémités articulaires. C'est donc là une *arthropathie déformante*, qui n'a d'analogue avec l'arthrite sèche et les arthropathies nerveuses que la *déformation*.

Cette forme spéciale doit être d'autant plus admise qu'elle concorde avec les faits de Parrot sur les formations ostéophytiques que la syphilis héréditaire amène dans certaines épiphyses, et surtout à l'extrémité inférieure de l'humérus. PAUL HAMONIC.

II. — Peu d'auteurs anciens (Babington, Chomel) avaient saisi les rapports qui existent entre certaines arthropathies et la syphilis. Hunter même les niait.

C'est seulement en 1853 qu'on lit dans le *mémoire* de Richet sur les tumeurs blanches que la syphilis peut déterminer des synovites et des ostéites articulaires. M. Lancereaux fit en 1863 le premier travail sérieux sur les manifestations secondaires des articulations.

Viennent enfin les travaux récents, parmi lesquels nous citerons surtout ceux de M. le professeur Fournier.

La thèse de M. Defontaine contient toute la question de la syphilis articulaire.

Il étudie successivement :

Les arthralgies;

Les arthrites subaiguës;

Les hydarthroses;

Les infiltrations gommeuses péri-synoviales;

Les ostéo-arthropathies, comprenant :

1° *la varieté par gomme* juxta-articulaire; 2° *la variété par périostite* juxta-articulaire; 3° *la variété hypérostosique* (ostéite syphylitique).

En terminant M. Defontaine reproduit le chapitre que M. Méricamp a consacré à l'histoire encore incomplète des arthropathies de *la syphilis héréditaire.*

Digitized by Google

Les arthralgies sont des douleurs subjectives apparaissant au début de la période secondaire ou la précédant. Les douleurs sont plus vives la nuit. Qand le malade se lève, ses jointures sont comme *rouillées*. Elles se *dépouillent par l'exercice* (Fournier).

Les articulations le plus souvent atteintes sont les épaules, les genoux, les poignets, les coudes et les chevilles (Fournier).

L'articulation souffre seule. Les tissus péri-articulaires ne sont pas douloureux. Ces douleurs disparaissent par le traitement spécifique. Elles peuvent laisser à leur suite quelques craquements articulaires. Les pressions méthodiques et les mouvements imprimés à l'article permettent de reconnaître l'arthralgie, qu'il est facile de rattacher à sa véritable cause.

L'arthrite subaiguë est caractérisée par un gonflement de l'articulation qui devient tendue, légèrement douloureuse à la pression et aux mouvements, avec un peu de rougeur et de chaleur à la peau et quelquefois de l'empâtement du tissu cellulaire. L'épanchement articulaire est minime ou nul. La douleur, plus marquée la nuit, n'offre pas les élancements intenses de l'arthrite aiguë. Plusieurs articulations peuvent être prises ensemble. Les plus fréquemment atteintes sont le genou, la cheville et le poignet.

Cette arthrite, peu éloignée du début de la syphilis, s'accompagne d'un état fébrile. Elle est efficacement combattue par le traitement spécifique.

Aucun caractère diagnostique tranché ne sépare cette forme du rhumatisme vrai. Le rhumatisme blennorragique offre un tableau clinique plus distinct.

Cette arthrite subaiguë serait le fait de l'intoxication générale de l'organisme par le virus syphilitique, et ne résulterait pas d'une altération organique locale.

L'hydarthrose syphilitique est ordinairement unique, et occupe surtout le genou. Elle survient pendant la période secondaire, ou la précède. L'épanchement peut reparaître spontanément dans une articulation paraissant guérie. A la longue, elle peut amener un épaississement très marqué de la synoviale.

L'hydarthrose proprement dite existe-t-elle à la période tertiaire? ou bien n'est-elle qu'un épithénomène?

Dans la plupart des cas on observe des lésions du tissu cellulaire sous-synovial, ou des os, lésions qui sont manifestement primitives, et ont amené secondairement l'épanchement articulaire.

M. Defontaine admet cependant qu'il peut exister des cas authentiques d'hydarthrose syphilitique. Tels sont ceux de Taylor, de Verneuil. Il ne distingue pas une hydarthrose secondaire et une hydartrose tertiaire, mais admet simplement une *seule et même hydarthrose syphilitique*,

Digitized by Google

apparaissant le plus souvent dans le jeune âge de la syphilis exceptionnellement avec les accidents tertiaires. Dans ce dernier cas, l'épanchement survient lentement, sans douleur, progresse peu, et reste stationnaire. Le défaut de traitement amène l'épaississement de la synoviale.

L'infiltration gommeuse périsynoviale constitue le type le plus fréquent de la syphilis articulaire. « Elle est caractérisée par la production sourde et lente de dépôts gommeux, et par un épanchement dans la synoviale, qui paraît dû à l'irritation sécrétoire qui se développe sous l'influence de ces derniers. »

Cette manifestation est ordinairement précoce.

L'épanchement ne surdistend jamais la synoviale, soit qu'il se résorbe en partie, soit que la capacité de la séreuse augmente en proportion et d'une façon préventive.

La présence de masses indurées dans le tissu périsynovial est la caractéristique de cette forme. Il est bien rare que ces masses soient uniformément réparties. Ordinairement elles sont surtout isolées. Elles siégent de préférence dans les culs-de-sac supérieurs de la synoviale du genou. Mobiles, elles peuvent constituer, en plongeant dans la séreuse et en se pédiculisant, des corps étrangers articulaires. En se ramollissant, les productions gommeuses peuvent donner lieu à de la fluctuation. Les malades souffrent très peu. Si les douleurs surviennent elles sont nocturnes.

Traitée, cette forme d'arthropathie guérit avec une grande rapidité, à moins de désordres très étendus. Livrée à elle-même, elle amène des lésions du cartillage, de la distention des ligaments, de l'atrophie musculaire. Il se pourrait même que nombre de cas de *jambes de Polichinelle* soient attribuables à la syphilis.

Dans certain cas (Coulson), les tumeurs gommeuses périarticulaires suppurées ont pu s'ouvrir dans la cavité de l'article et amener des accident très graves.

L'autopsie de Lancereaux, la seule qu'on possède de cette variété, a permis de constater que les masses dures développées autour des articles sont bien des gommes, qui occupent le premier plan dans le tableau anatomo-pathologique, les lésions minimes du reste de la synoviale et des cartilages articulaires étant manifestement secondaires.

Les dépôts gommeux peuvent se montrer au niveau d'une des extrémités articulaires, auprès de la synoviale.

Cette variété (*ostéo-arthropathie gommeuse*) a très bien été étudiée dans la thèse de M. Méricamp.

Dans les *ostéo-arthropathies périostiques*, ce sont les périostites tertiaires siégeant sur une extrémité articulaire, au niveau de la réflexion de la synoviale, qui amènent l'épanchement articulaire.

Digitized by Google

La variété d'*ostéo-arthropathie* dite *hypérostosique* (pseudo-tumeur blanche de Fournier) est très bien décrite dans la thèse de Méricamp.

Ce serait se répéter que d'analyser le chapitre de la thèse de M. Defontaine qui a trait à cette modalité clinique, et où l'on trouve signalé avec détails le *volume* considérable de l'article uniquement dû à une *hypertrophie* des extrémités osseuses articulaires, sans rugosités appréciables. L'auteur insiste sur la minime importance des symptômes morbides articulaires et des phénomènes douloureux pendant les mouvements ou la marche, ce qui indique que le processus inflammatoire est nul ou à peu près au niveau de l'articulation elle-même.

A côté des formes typiques précédentes, lesquelles sont relativement rares, il existe une grande quantité de *cas mixtes*. Ceux-ci se rapprochent la plupart du temps, à leur début, des types simples. C'est à la longue que l'on rencontre cette accumulation des lésions périarticulaires et osseuses qui constituent les *variétés mixtes*.

Les causes capables d'amener les arthropathies syphilitiques sont mal connues. Il y a peut-être un rapport étroit entre les arthropathies tertiaires et les arthralgies, arthrites subaiguës et hydarthroses de la période secondaire.

Parmi les causes déterminantes, il faut citer *la fatigue, l'étendue de la synoviale* et le *volume des extrémités osseuses, l'absence de traitement*.

Souvent on ne trouve aucune cause déterminante.

L'hydarthose chronique simple, *les corps mobiles articulaires*, doivent être distingués des arthropathies syphilitiques, de même que les pelotons adipeux du *genou gras*. — *Le rhumatisme chronique* et *l'arthrite sèche* se différencient aussi par les caractères cliniques spéciaux.

Au point de vue thérapeutique, M. Defontaine donne la préférence aux frictions mercurielles associées à l'iodure de potassium.

En terminant, M. Defontaine consacre un chapitre aux arthropathies attribuées à la syphilis héréditaire.

Schuller a décrit les formes suivantes :

1° *Arthrites subaiguës* séreuses, avec faible exsudat ;

2° *Arthrites gommeuses ;*

3° *Arthrites provenant d'une périostite, ostéite ou ostéomyélite voisine;*

4° *Arthrites dépendant d'une lésion épiphysaire spécifique.*

M. Méricamp a enfin signalé un *arthropathie syphilitique déformante*, qu'il rapporte à la syphilis héréditaire, et dont l'histoire clinique repose sur une observation personnelle et sur une observation de M. Duménil, de Rouen.

PAUL HAMONIC.

Digitized by Google

REVUE DE VÉNÉOROLOGIE.

I. — Sur les bactéries dans les maladies vénériennes, par Lustikow (*Charité Ann.* VII, 1882, p. 750).

II. — Contribution a l'étiologie et a la pathogénie de la blennorragie, par Bockhart (*Wurzburger physik med. Sitzberg* 1882, p. A).

III. — Sur la nature parasitaire de l'arthrite blennorragique, par Petrone (*Rivista clinica*, février 1883).

I. — L'auteur a recherché en vain les bactéries caractéristiques dans le virus syphilitique. Les expériences nombreuses, faites avec un soin minutieux, n'ont abouti qu'à un résultat négatif. Il a également étudié les liquides sécrétés par les chancres mous; il a observé dans ces liquides un très grand nombre de bactéries déjà connues, mais les examens histologiques nombreux auxquels il s'est livré n'ont éclairci en rien la pathogénie du chancre.

Par contre, Lustikow a trouvé d'une façon constante dans le pus de la blennorragie les bactéries décrites pour la première fois par Neisser. Il insiste sur ce fait que les bactéries ne se trouvent pas comme on l'a prétendu appliquées sur les globules de pus, mais qu'elles remplissent au contraire la cellule et finissent par la faire éclater. Il a employé comme traitement d'après les indications de Koch une solution de sublimé très faible 0gr,05 pour 1,000 et en a obtenu de très bons résultats comme parasiticide. Il a en outre cultivé les bactéries et essayé de faire des inoculations sur des animaux, mais sans résultat.

II. — L'auteur a cultivé à la 4e génération d'après le procédé de Koch la bactérie blennorragique. Il a injecté ensuite le liquide ainsi obtenu à la dose d'une seringue à injection dans l'urètre absolument sain d'une malade âgé de 46 ans, atteint de démence paralytique et absolument anesthésié; cet individu était presque mourant. Il provoqua ainsi une uréthrite purulente. Le malade succomba huit jours après à une pneumonie hypostatique et l'urèthre fut examiné avec soin. Voici les conclusions que l'auteur tire de ses recherches :

1° Le gonococcus est l'agent pathogénique de la blennorrhagie.

2° La bactérie portée sur la muqueuse uréthrale pénètre probablement entre les cellules épithéliales jusque dans les vaisseaux lymphatiques de

Digitized by Google

la muqueuse et du tissu sous-muqueux de la fosse naviculaire, se multiplie à l'infini et provoque une inflammation très vive accompagnée de diapédèse des globules blancs.

3° Les bactéries pénètrent dans ces globules ainsi que dans leurs noyaux, de là ils se répandent dans les vaisseaux sanguins et dans le tissu conjonctif de la muqueuse et remontent à travers les corps caverneux jusque dans la vessie.

4° Les bactéries finissent par détruire les globules blancs qu'elles ont envahis; elles finissent elles-mêmes par se détruire dans les tissus qui les abritent ou dans le courant sanguin. L. SPILLMANN.

III. — L'auteur a constaté la présence du gonococcus dans le pus et dans le sang des blennorragiens. Ces résultats ne sont plus nouveaux aujourd'hui. Pour admettre l'existence de ce que l'on a décrit sous le nom de *gonococcus*, il suffit de le chercher; on le trouve à foison dans le pus des blennorragies aiguës, et les cultures pratiquées suivant les règles formulées par Pasteur permettent de reproduire presque indéfiniment l'organisme incriminé. Ce que la communication de Petrone offre d'intéressant, c'est la confirmation expérimentale d'un résultat prévu par la théorie, je veux parler de la présence du parasite dans le liquide qui constitue l'épanchement des synovites gonorrhéiques. Dans deux cas cette constatation a été faite, et je puis ajouter une donnée de plus : la sérosité des vaginalites aiguës, compliquant les orchites, contient aussi des microbes, ainsi que j'ai pu m'en assurer au cours de recherches récentes entreprises avec mon maître le Dr Horteloup.

Se basant sur ces faits précis, l'auteur rejette la plupart des théories admises jusqu'ici, et se prononce pour l'origine métastatique des arthropathies: c'est, en somme, la doctrine des décharges microbiennes, des jetées fluxionnaires, émise il y a deux ans déjà par le professeur Bouchard. L. JULLIEN.

Digitized by Google

BIBLIOGRAPHIE.

ALBUM CLINICO DE DERMATOLOGIA, publié par la *Revista de Medicina y Cirugia practicas. Madrid.* Administration de la *Revista de Medicina y Cirugia practicas.* — Caballero de Gracia, 9, segundo, 1883.

Nous venons de recevoir les premiers fascicules du nouvel Album clinique de dermatologie publié en ce moment par nos confrères d'Espagne dans la *Revista de Medicina y Cirugia practicas.*

Cet Album, qui, autant que nous pouvons en juger par les huit premiers fascicules, constituera une belle et utile publication dermatologique, se compose de planches chromo-lithographiques représentant différentes dermatoses observées dans les services des docteurs José Eugenio Olovide et Jeronimo Perez Ortiz.

Chaque planche est accompagnée de quatre pages de texte, où se trouvent relatées l'observation du malade dont l'affection est représentée dans la figure, et des considérations cliniques et thérapeutiques générales sur l'affection cutanée à laquelle répond ce cas particulier.

Ces planches représentent, en général, d'une façon satisfaisante, les caractères principaux de la dermatose en question. Nous signalerons comme nous ayant semblé particulièrement satisfaisantes les planches 3 (pelade), 4 (eczéma chronique des creux poplités), 8 (lichen chronique). Mais nous aurions désiré voir dans quelques-unes des autres planches moins de ce superflu, de ces accessoires qui augmentent les frais de dessin et de tirage et empêchent de réunir sur une même planche le plus de matériaux possible.

Nous savons combien difficile et ingrate tâche est la publication d'un atlas iconographique des maladies de la peau. Aussi félicitons-nous sincèrement le Dr Rafaël Ulecia, directeur de la *Revue*, et souhaitons-nous vivement la bienvenue à « *l'Album clinico de dermatologia* ».

H. LELOIR.

LE RHINOSCLÉROME, MONOGRAPHIE, par CELSO PELLIZZARI, *docent de dermo-syphiligraphie à l'Institut des hautes études de Florence.* Florence, 1883.

L'étude du rhinosclérome semble avoir été jusqu'ici le monopole de l'école de Vienne, où il a pris naissance il n'y a pas quinze ans. Aussi

Digitized by Google

est-ce après l'avoir étudié auprès de Kaposi et de Mikulicz que Celso Pellizzari eut la bonne fortune d'en observer un cas à Florence, et qu'il entreprit d'écrire la monographie de cette maladie si obscure encore.

Ce travail considérable, où se trouvent entassés observations, faits, discussions doctrinales, études de toutes sortes, offre un intérêt exceptionnel en raison de l'apport personnel de son auteur. Plus qu'aucun autre il a scruté la caractéristique anatomo-pathologique du mal, et les nombreuses planches histologiques qui terminent son mémoire le rendront clair pour tous.

Nous passerons brièvement sur l'observation personnelle que l'auteur rapporte *in extenso*. Elle a trait à une femme de trente-sept ans qui avait eu vingt-enfants, dont sept seulement survivaient. Il ne semble pas que son mari, bien que syphilitique, lui ait communiqué sa diathèse.

Les enfants morts avaient été emportés par des accidents nerveux : convulsions, épilepsie.

Le mal débuta vers 1868, et la pauvre femme mourut en 1882, emportée par les progrès croissants de l'occlusion mécanique des voies aériennes. Vainement la soumit-on à la cure antisyphilitique; le mal progressa irrémédiablement.

La figure 1 donne une idée des déformations produites chez cette malade par l'infiltration de la lèvre et du nez. L'orifice des narines était en partie occupé par une masse végétante implantée sur la cloison. Au reste, la première fois que Pamela Adami avait été reçue à l'hôpital, elle avait été envoyée dans un service de chirurgie, avec ce diagnostic : végétation simple de la membrane de Schneider, avec concomitance de lésions tardives syphilitiques du voile palatin.

Ainsi que je l'ai dit, elle mourut dans la quatorzième année de son mal, et c'est aux résultats de son autopsie que nous devons le mémoire du médecin florentin.

L'auteur est court sur la question d'étiologie ; il croit que le rhinosclérome est un produit bâtard de la syphilis, et la cure syphilitique, pense-t-il, n'a pas encore dit son dernier mot.

Pour les symptômes, les figures 1, 2, 3 et 4, intercalées dans ce texte, et les planches 2 et 3 réunies des tableaux finaux, en disent plus qu'une longue description; elles montrent les degrés successifs de la sclérose, depuis l'état normal (*fig.* 1) jusqu'à la rétraction définitive en arc de cercle du voile et des piliers (*fig.* 4), jusqu'à la soudure et à l'oblitération des voies nasales postérieures (*pl.* 2 et 3).

Chemin faisant, l'auteur combat l'opinion de Zeissl et refuse catégoriquement d'admettre la possibilité d'un processus suppuratif.

Ceci dit, arrivons à l'anatomie pathologique.

Digitized by Google

L'anatomie pathologique du rhinosclérome a jusqu'ici prêté à une foule d'interprétations.

Les différents tissus que le mal peut occuper réagissent de façons si diverses, les altérations secondaires engendrées par le vice de la nutrition peuvent acquérir une telle importance et masquer à tel point la lésion initiale, enfin l'observation nécroscopique des phases de début est chose tellement exceptionnelle, que la divergence des opinions n'a rien qui doive étonner.

L'auteur, qui a consacré la plus intéressante partie de son mémoire à l'exposé de ses recherches histologiques, a ce grand mérite d'en présenter un tableau très complet et très fouillé. Nous suivons le progrès de la production morbide graduellement, nous la voyons s'infiltrer dans les tissus, puis promenant nos yeux sur les planches qui accompagnent ce travail, nous voyons s'établir les troubles trophiques, qui s'étendent aux épithéliums, aux glandes, aux muscles, aux cartilages, et nous com-

Fig. 1.

prenons alors les noms si dissemblables que lui ont donnés les auteurs, qui ont cru, les uns à l'épithélioma, les autres au sarcome, un plus grand nombre à un processus d'inflammation chronique.

Le rhinosclérome se caractérise par le développement d'un infiltrat, substance homogène au sein de laquelle on rencontre quantité de cellules de formes et de volumes variables, mais presque toutes dérivant du type embryonnaire ; ce sont des éléments ronds, à protoplasma fin, noyau et nucléole; quelques-uns ont une forme oblongue et allongée en

Digitized by Google

fuseau, mais les ronds sont les plus nombreux, et leur volume va de celui d'un globule rouge à celui d'un leucocyte. Un petit nombre est en voie de prolifération (noyau transparent) et placé vers la périphérie, sur d'autres, plus de noyaux. La cellule se présente à l'état de vacuole. Quelques autres ont augmenté de volume, sont trois ou quatre fois plus grosses et pleines d'un contenu granuleux, les faisant ressembler aux cellules lépreuses (les figures 4 et 8 donnent une idée de ces aspects variés).

Insensibles aux acides acétique ou formique, faciles à éclaircir par la potasse à 10°, on les voit nager dans un liquide ayant toutes les appa-

Fig. 2.

rences de la colle, et l'auteur estime qu'il s'agit là d'une dégénérescence hyaline, colloïde.

L'infiltration constitue toute la maladie, et il est à remarquer qu'elle commence toujours autour des vaisseaux. Ce sont d'abord de petits amas isolés, puis bientôt les tissus normaux sont envahis et remplacés par des cellules souvent ramifiées au point de former un réseau semblable au réticulum du tissu adénoïde (*fig.* 16).

Plus tard, enfin, la néoformation aboutit à la sclérose et forme un tissu de cicatrice. C'est la phase ultime, mais non nécessaire de la maladie. Le siège variable du processus influe beaucoup sur sa production. Le tissu sous-muqueux qui tapisse les cavités nasales est souvent transformé en un véritable feutre conjonctif, tandis que, dans la peau du nez et de la lèvre, c'est toujours la masse des cellules rondes qui l'emporte.

Digitized by Google

Observe-t-on, parfois, la dégénérescence graisseuse de ces éléments?

A cette question affirmativement tranchée par Mikulicz, Pellizzari répond par une série d'expériences qui ne peuvent conduire qu'à la négation. Sous l'influence des dissolvants habituels de la graisse : alcool, éther, il n'a vu se produire aucune modification dans les éléments suspects de cette dégénérescence (*fig.* 20). Aussi tend-il à considérer les granulations dont ils sont remplis comme le produit d'une transformation colloïde ; mais ce n'est là qu'une hypothèse.

Ce qui est certain, c'est que, graisseuses ou colloïdes, ces cellules se détruisent, se liquéfient et vont accroître la substance intercellulaire.

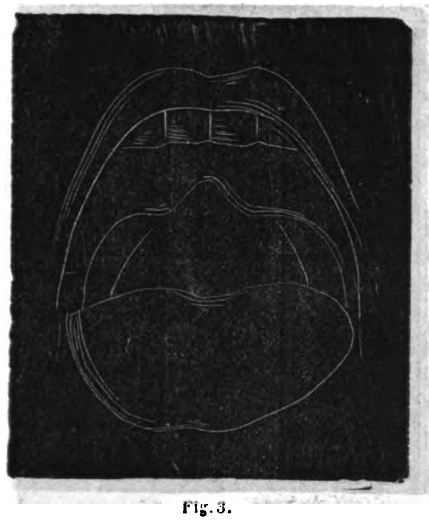


Fig. 3.

De là la tension et la dureté élastique que possèdent ces tissus tant que la couche cornée reste intacte. Mais à peine l'épithélium est-il atteint, à peine voit-on sourdre à sa surface le liquide visqueux qui vient s'y concréter en petites croûtes, que la consistance change et devient pâteuse.

Schmiedicke prétend en vain expliquer la tension du néoplasme par sa richesse en cellules ; sa manière de voir n'est pas compatible avec ces deux faits :

1° Que le couteau pénètre facilement dans ces masses morbides ;

2° Que ces fragments, fraîchement excisés, ont la consistance du lard, et que, mis dans l'alcool, ils se durcissent avec rapidité.

Suivons maintenant l'auteur dans l'examen de la disposition variable de l'infiltrat au sein de nos tissus.

La figure 7 montre tout d'abord que le dépôt se fait autour des vaisseaux, des veines et des lymphatiques, d'abord dans les parties profondes

Digitized by Google

du derme ou de la muqueuse, et dans le connectif sous-jacent, et, plus tard seulement, dans les parties plus superficielles.

Il est facile, dès lors, de comprendre les troubles de la circulation en retour et les épistaxis à ce point régulières dans le cours de la maladie, que, dans une coupe de la muqueuse nasale, on trouve souvent des amas pigmentaires, comme le montre bien la figure 6.

Au début, le processus n'envahit que la tunique adventice ; mais, plus tard, quand la substitution du tissu jeune aux éléments normaux est complète, les plus petits vaisseaux sont oblitérés, et se reconnaissent à la coupe surtout par les petits amas globulaires qu'ils contiennent (*fig.* 7). Les branches, plus volumineuses, sont plus difficilement oblitérées, et

Fig. 4.

l'on voit longtemps la tunique interne indemne de l'infiltrat, refoulée vers le centre de la lumière par le gonflement et l'extraordinaire altération de la tunique moyenne (*fig.* 20 et 22).

En ces points, il va sans dire que la nutrition est fort troublée ; aussi ne voit-on guère s'y former les éléments fusiformes et les faisceaux cicatriciels.

Au contraire, les cellules perdent leur noyau, deviennent luisantes, se gonflent et prennent l'aspect d'une goutte de graisse. On ne voit se former du tissu fibroïde que dans les points où des vaisseaux ont conservé leur perméabilité.

La figure 21 représente des *nerfs* en voie d'altération. Longtemps ils restent indemnes. Aussi voit-on persister intacte la sensibilité tactile, la sensibilité à la douleur, et la maladie n'excite-t-elle pas d'algie à propre-

Digitized by Google

ment parler, mais à la période ultime, le périnèvre est envahi, et la fibre elle-même se détruit pour faire place à des cellules de granulation ou de tissu connectif. Entre les *faisceaux musculaires* striés encore, on trouve souvent des noyaux et des cellules, et l'auteur se demande s'il s'agit de débris ou de néoformation (*fig.* 10). De toutes façons ces fibres sont vouées à l'atrophie par compression et défaut de nourriture. Petit à petit elles se segmentent, et finalement les fragments subissent la dégénérescence, ils se gonflent perdant leurs stries et prennent, eux aussi, l'apparence de gouttelettes graisseuses, Sur la figure 14 qui représente une coupe d'une corde vocale, inférieure, on peut voir en *m* des faisceaux dissociés par des amas de cellules rondes ; en *m'* les fibres fragmentées et gonflées se présentent offrant une section transversale ; et isolés autour du connectif qui les environne par couches concentriques, ils rappellent à première vue la disposition des canaux de Havers dans les os.

Les glandes sudoripares et les *glandes sébacées* (*fig.* 15 et *fig.* 9) n'échappent pas au processus d'envahissement général ; les premières résistent encore tant qu'il ne s'agit que d'une induration générale sans formation de mamelon saillant; dans ce dernier cas elles sont vite atteintes; parfois on trouve le peloton partiellement détruit, d'autres fois, le peloton persiste, mais le tube a disparu.

Quant aux *glandes mucipares*, elles restent d'abord indifférentes au processus, mais finissent par le subir (*fig.* 7). L'infiltration se fait tout autour d'elles ; avec les progrès du mal. les épithéliums se gonflent, demeurent transparents et remplissent parfois toute la lumière du canal (*fig.* 6 *f*).

Chose curieuse, l'*épithélium de la muqueuse nasale* (*fig.* 6) reste en place. On voit les cellules devenir très volumineuses, se presser les une contre les autres, et les cils vibratils s'entremêler. En certains points ces cellules semblent directement implantées sur le tissu morbide.

Mais c'est encore sur les *cellules pavimenteuses* que le processus d'hypertrophie est le plus facilement observé (*fig.* 5 *e* 7 *é*). De là des déformations papillaires qui sont bien appréciables si l'on compare la partie B de la figure 7 à la partie A. Dans la même figure, on pourra voir un point au niveau duquel l'épiderme paraît avoir complètement cédé la place au tissu morbide. Ce n'est point là un envahissement, c'est une destruction par refoulement, car l'auteur insiste particulièrement, sur ce point. En aucun cas, on ne peut voir des éléments embryonnaires dans le corps muqueux. Les troubles qu'il éprouve sont donc avant tout des troubles par défaut de nutrition. Les cellules épithéliales ne peuvent manquer d'être influencées comme le sont tous les autres tissus, et c'est par celles des tubes glandulaires pilo-sébacés que débute l'altéra-

Digitized by Google

tion. Si l'on veut jeter les yeux sur les figures 11 et 15, on reconnaîtra des corps à courbes concentriques offrant la plus grande ressemblance avec les globes épidermiques; c'est même probablement sur cette similitude que beaucoup d'auteurs avaient jugé que le rhinosclérome était de nature épithéliale. Cependant il n'en est rien et les prétendus globes épidermiques n'en sont pas, comme on s'en convaincra vite en constatant à leur centre la présence d'un poil (*fig.* 11); ce ne sont, en effet, que des conduits pileux dont les parois ont dû subir dans leurs éléments constitutifs la dégénérescence dystrophique que l'auteur a déjà indiquée sur d'autres tissus.

Sur l'épiderme, le gonflement des cellules peut aller jusqu'à simuler de véritables lacunes ou vacuoles (*fig.* 8). Enfin il amène des déformations véritables du corps papillaire (*fig.* 17, 18, 19), même visibles à l'œil nu.

La question des altérations *du cartilage* a préoccupé beaucoup l'auteur ; mais il n'a guère fait à ce sujet que des observations peu décisives. L'altération de la substance fondamentale n'est pourtant guère douteuse, et l'on peut trouver en certains points une striation caractéristique (*fig.* 14), à la longue le tissu est envahi quelquefois, traversé de part en part comme sur la figure 13, les capsules se gonflent, et tout porte à croire qu'elles subissent la transformation colloïde, comme tous les autres tissus.

Suivent de longues considérations sur la marche plus ou moins rapide du mal suivant le lieu de son développement; nous ne pouvons, faute d'espace, insister que sur la suivante. On a dit que le rhinosclérome, sortant de la cavité nasale, contournait le bord de la narine et remontait ensuite vers la glabelle. L'auteur croit, au contraire, que la maladie, commençant par le tissu sous-muqueux, peut traverser la zone musculaire et adipeuse et passer directement au tissu sous-cutané et à la peau. Enfin l'abondance de l'élément glandulaire est telle sur la peau du nez que les altérations épithéliales paraissent souvent dominer le processus ; si le diagnostic doit être basé sur l'examen d'une parcelle excisée du néoplasme, il est à craindre en pareil cas que l'on ne se prononce à tort pour un épithélioma.

Pour conclure, Celso Pellizzari cherche à déterminer la pathogénie de ce mal singulier, et ne peut formuler d'autre proposition que la suivante :

Le rhinosclérome est constitué par un processus phlogistique spécial.

Pour ce qui est de sa cause, nous ne savons rien, et nous ne pouvons rien dire encore. Cependant l'auteur avoue ses prédilections pour la doctrine parasitaire. Fort de ses études récentes sur les microbes de la lèpre, il a cherché l'organisme du rhinosclérome, et peut-être bien l'a-t-il trouvé.

Digitized by Google

C'est un bâtonnet fort petit qui habite l'intérieur des cellules (*fig.* 4), quelquefois aussi se présente, sous forme d'amas extracellulaires (*fig.* 10 *b*) et se colore très énergiquement au violet de gentiane. L'auteur l'a retrouvé à plusieurs reprises, son maître le professeur, Majocci de Rome, qui fait autorité en cette matière, l'a constaté comme lui, et il ne manquait véritablement à cette découverte que l'ensemencement et la reproduction par culture, quand un auteur allemand Frisch est venu lui apporter ce complément indispensable. Frisch a cultivé avec succès le microbe, mais jusqu'ici, ses expériences d'inoculation sont restées négatives. Par conséquent, le doute nous est encore imposé. Au reste Pellizzari ne semble pas se faire d'illusion sur le sort du micrococcus qu'il nous présente; un scepticisme plein de mélancolie lui dicte quelque part cette phrase à laquelle nous ne pouvons souscrire. « Aujourd'hui, la pathologie n'a qu'une seule note, les micro-organismes. C'est un mirage, une illusion qui tombera demain, mais l'impérieux besoin que l'homme éprouve de poursuivre la raison des choses nous fait nécessairement aujourd'hui traverser cette phase scientifique. »

Planche I.

Fig. 1. — Portrait de Pamela Adami, d'après une aquarelle faite en décembre 1881.

Planche II.

Fig. 2. — Croquis montrant l'état de la gorge.

a. Infundibulum formé par la soudure du voile palatin avec le pharynx.

Fig. 3. — L'isthme du gosier vu par sa face antérieure. Défaut absolu de voile palatin; la voûte du palais se continue avec la paroi postérieure du pharynx.

Fig. 4. — Éléments cellulaires isolés.

h. Bacilli.

(oc. 4, Immersion, Hartnack)

Fig. 5. — Section de la corde vocale supérieure droite.

e. Épithélium.

ii. Cellules rondes d'infiltration.

tt. Tissu fibreux avec cellules fusiformes.

(oc. 3, obj. 5, Hartnack.)

Fig. 6. — Coupe de la muqueuse nasale.

e. Épithélium vibratile gonflé.

f. Follicules mucipares.

Digitized by Google

i' Folliculles mucipares avec épithélium dégénéré.
i. Cellules rondes d'infiltration.
pp. Pigment,
t. Tissu connectif jeune avec cellules fusiformes.
(oc. 2, obj. 7, Hartnack).

PLANCHE III.

Fig. 7. — Coupe de la muqueuse couvrant le palais et le voile. En A la maladie commence; en B elle est très avancée.
c. Tissu connectif normal.
e. Épithélium pavimenteux.
e'. Épithélium pavimenteux dégénéré.
f. Glande mucipare en partie détruite par l'infiltration.
i. Cellules de granulation le long du trajet des vaisseaux.
i'. Cellules de granulation soutenant les tissus normaux.
n. Tissu de granulation qui occupe la zone épithéliale.
t. Tissu connectif fibreux de nouvelle formation.
v. Vaisseaux et nerfs.
(oc. 3 obj. 4, tube tiré, Hartnack.)

Fig. 8. — Couche de l'épiderme au centre du mamelon de l'aile gauche du nez.
e. Couche cornée dégénérée.
l. Lacune dans le stratum lucidum et la couche granuleuse.
i. Cellules d'infiltration sous leurs aspects variés.
r. Cellules des corps muqueux gonflées.
(oc. 3, obj. 7, Hartnack.)

Fig. 9. — Couche du bord de l'aile droite du nez aux côtés de la fente longitudinale. En A la maladie commence ; en B elle est très avancée.
e. Épiderme.
g. Graisse.
i. Tissu de granulation remplaçant les tissus normaux.
m. Muscles.
s. Glandes sébacées altérées.
f. Faisceaux de tissu fibreux néoformés.
(oc. 2, obj. 4, Hartnack.)

PLANCHE IV.

Fig. 10. — Fibres muscalaires isolées entre elles; se voient des cellules rondes et des cellules fusiformes.

Digitized by Google

h. Amas de micro-organismes.
(oc. 3, obj. 8, tube tiré, Hartnack.)

Fig. 11. — Section du bord de l'aile droite du nez aux côtés de la fissure longitudinale.
e. Épiderme corné dégénéré.
ii. Tissu de granulation néoformé.
pp. Perles épithéliales.
p'. Perle épithéliale avec un poil au centre.
r. Réticulum malpighien dégénéré.
(oc. 3, obj. 5, Hartnack.)

Fig. 12. — Cartilage du septum nasal en voie de destruction.
cc. Capsules cartilagineuses gonflées.
i. Cellules rondes qui infiltrent le cartilage.
n. Noyau d'une cellule cartilagineuse gonflée et dégénérée.
(oc. 2, obj. 7, Hartnack.)

Fig. 13. — Le même cartilage avec un agrandissement moindre.
e. Capsule cartilagineuse.
i. Tissu de cellules rondes d'infiltration.
t. Tissu fibreux néoformé.
(oc. 3, obj. IV, Hartnack.)

Fig. 14. —Coupe de la corde vocale inférieure au voisinage du cartilage.
f. Substance fondamentale striée du cartilage.
g. Tissu graisseux.
m. Fibres musculaires longitudinales séparées par l'infiltration.
m'. Les mêmes coupées transversalement.
n. Noyaux de tissu fibreux.
(oc. 3, obj. IV, Hartnack.)

Planche V.

Fig. 15. — Coupe du bord de l'aile droite du nez au côté de la assure longitudinale.
e. Épiderme.
f. Follicules pileux avec épithélium dégénéré.
g. Glandes sébacées altérées.
p. Poils et glandes sébacées annexés.
s. Glandes sudoripares en voie de destruction.
s'. Restes du peloton d'une glande sudoripare.
(oc. 2, obj. IV, tubes tirés, Hartnack.)

Digitized by Google

Fig. 16. — Section du reste du voile du palais. Réticulum formé par les prolongements des cellules d'infiltration.
(oc. 2, obj. 7, Hartnack.)

Fig. 17, 18 et 19. — Formes différentes prises par les colonnes interpapillaires à la suite de l'hypertrophie des cellules épidermiques.
(oc. 3, obj. 5 Hartnack.)

Fig. 20.— Coupe horizontale du chorion correspondant au mamelon droit de la lèvre supérieure, pour montrer la disposition de l'infiltration autour des vaisseaux. La tunique adventice est augmentée de volume, et des éléments ont pénétré dans la tunique moyenne, au point de déterminer une oblitération presque complète. La plus grande partie des cellules est devenue transparente, et l'on voit des groupes de 4 ou 5 éléments semblables à des gouttes de graisse.
(oc. 3, obj. 7, Hartnack.)

Fig. 21. — Coupe transversale d'un nerf du chorion montrant une forte infiltration dans le périnèvre, et une substitution partielle du connectif aux fibres nerveuses.
(oc. 4, obj. 8 Hartnack.)

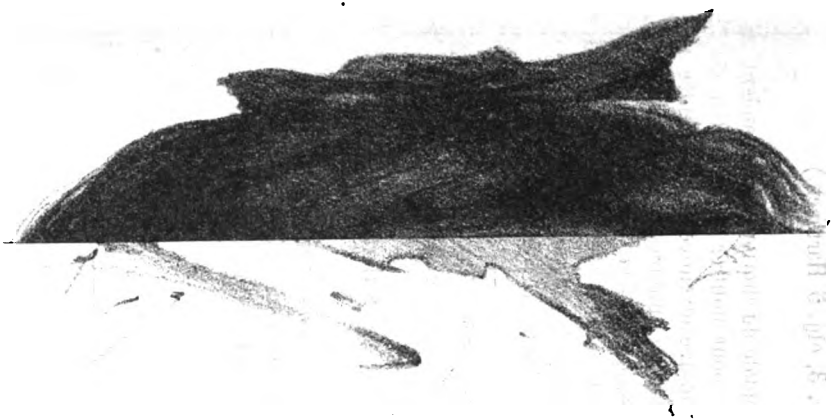
Section transversale d'un vaisseau pour montrer la riche infiltration de l'adventice ; le gonflement de l'endothélium.
(oc. 4, obj. tube tiré, Hartnack.)

Le Gérant : G. MASSON.

Société d'imprimerie Paul Dupont. Paris, 41, rue J.-J.-Rousseau (Cl.) 70.9.83.

Digitized by Google

Fig.a 1



CELSO PELLIZZARI _ **Rinoscleroma** .

Lif. Benelli e Gambi. Firenze

Digitized by Google

Digitized by Google

Fig.ª 2

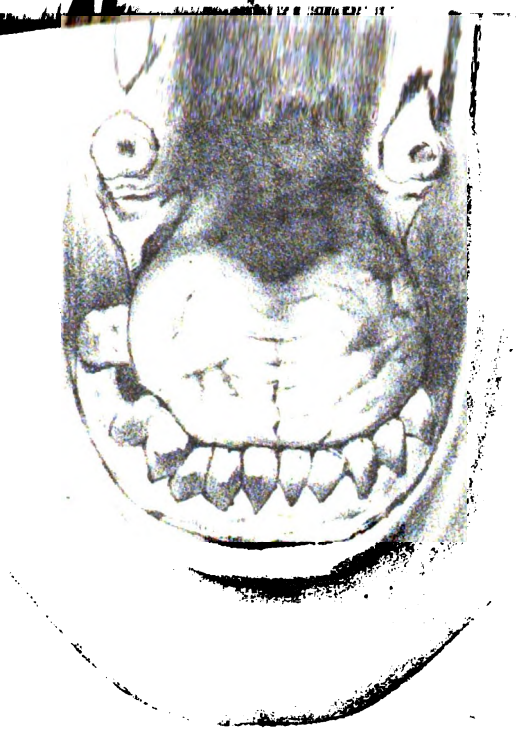
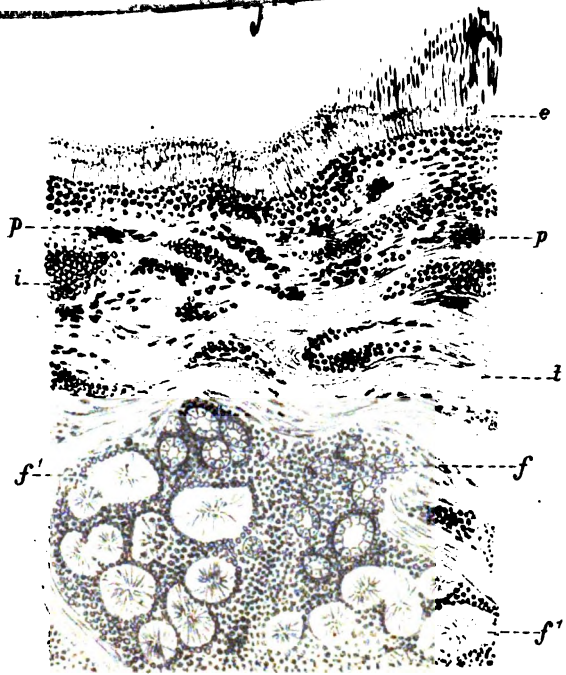


Fig.ª 4



CELSO PELLIZZARI — **Rinoscleroma**

Lit. Benelli e Gambi. Firenze

Digitized by Google

Digitized by Google

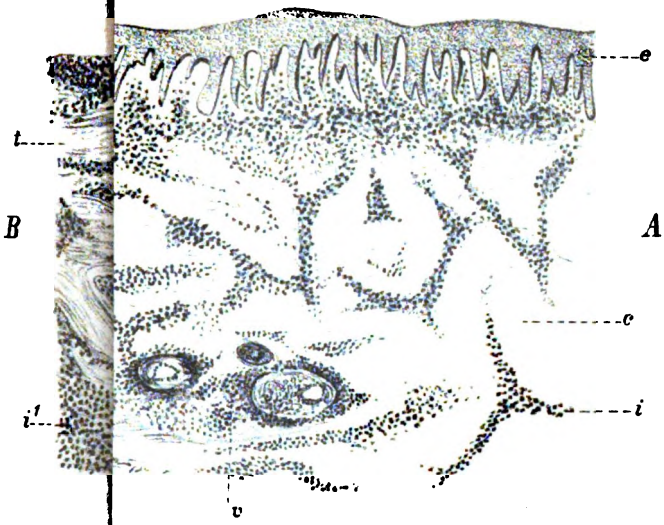
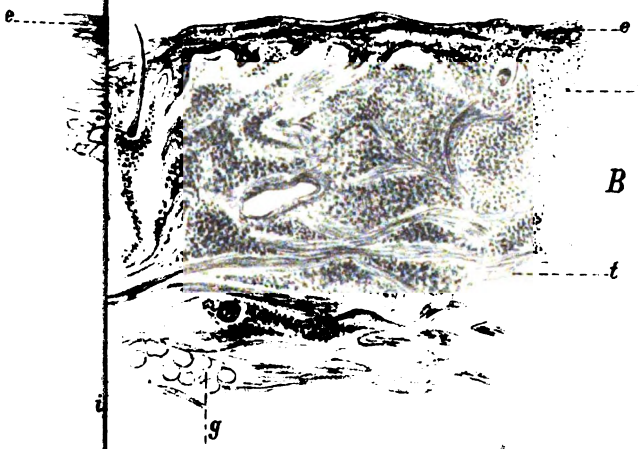


Fig. 9



Lit. Benelli e Gambi, Firenze

Digitized by Google

Digitized by Google

Fig. 11

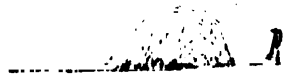
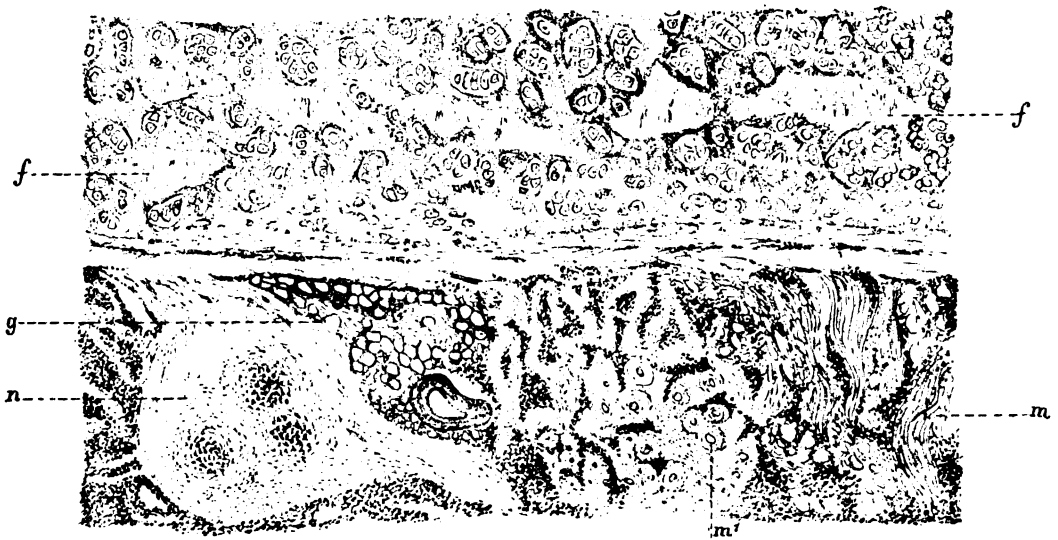


Fig. 14



CELSO PELLIZZARI _ **Rinoscleroma**

Lit. Benelli e Gambi. Firenze

Digitized by Google

Digitized by Google

TRAVAUX ORIGINAUX

MÉMOIRES

I.

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE. — DENTS SYPHILITIQUES

Par le professeur **Alfred FOURNIER.**

Hôpital Saint-Louis.

(*Suite et fin.*) (1).

IX

Il est en pathologie des questions qui constituent — passez-moi le mot — de véritables pommes de discorde, en ce qu'elles jouissent du privilège de susciter les opinions les plus diverses, les plus contradictoires, et d'engager d'interminables controverses. Celle dont nous allons parler est de ce nombre. Voici déjà longtemps qu'on discute sur les *causes* de l'érosion dentaire ; de nombreux débats ont retenti dans la presse et les Sociétés savantes à ce sujet, et l'accord est aussi loin qu'au premier jour de s'être établi.

Venons au fait immédiatement.

Trois opinions principales se trouvent aux prises sur l'étiologie de l'érosion dentaire.

Pour les uns, l'érosion dentaire n'aurait aucune relation avec la syphilis et se rattacherait au contraire à une affection spéciale de l'enfance, l'*éclampsie*.

Pour d'autres, elle serait toujours et exclusivement le résultat d'une influence syphilitique héréditaire.

Pour d'autres, enfin, elle constituerait purement et simplement une lésion commune, vulgaire, banale, pouvant relever comme origine d'affections diverses, mais dérivant de la syphilis avec une fréquence marquée, et semblant même ne dériver que d'elle seule pour l'une de ses formes, dite échancrure d'Hutchinson.

(1) Voyez *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, n° 9, 1883, page 485.

Digitized by Google

Essayons de démêler la vérité clinique au milieu de ce conflit d'opinions.

X

La première de ces opinions a été présentée et soutenue par un médecin distingué, spécialiste éminent de l'art dentaire, M. Magitot.

Il l'a produite dans une œuvre magistrale, qui n'est plus à louer, son *Traité des anomalies du sytème dentaire* (1) et développée depuis lors dans diverses publications ou au sein de Sociétés savantes (2). De plus, quelques-uns de ses élèves, MM. Castanié (3), Rattier (4), Quinet (5) ont adopté et répandu la doctrine de leur maître, voire en l'exagérant quelquefois.

M. Magitot — ce n'est que stricte justice à lui rendre — a édifié et défendu sa théorie de la façon la plus scientifique.

Tout d'abord, il a fourni à l'appui de ses conclusions un contingent de faits assez considérable. Dans l'un de ses mémoires, par exemple, il ne cite pas moins de *quarante* observations relatives à des sujets qui, affectés d'érosions dentaires, « avaient *tous* présenté dans leur enfance des accidents éclamptiques, sans aucune autre maladie à laquelle pût être rattachée la lésion du système dentaire. »

D'autre part, il a produit en faveur de sa doctrine divers arguments dont quelques-uns ont une valeur des plus sérieuses. Ainsi, à n'en citer qu'un seul, « on aurait pu, en nombre de cas, établir un rapport strictement exact entre l'âge où s'est produite l'éclampsie et le niveau de la couronne où s'est faite l'érosion », ce qui, je dois le dire, constituerait en l'espèce une démonstration péremptoire. — D'après l'auteur, ce rapport serait constant.« Aujourd'hui, ajoute-t-il, nous ne nous bornons plus, en présence de la lésion dentaire, à affirmer l'éclampsie; nous allons plus loin, et, du niveau de l'échancrure ou du sillon nous remontons à la date des crises éclamptiques, etc. ». En d'autres termes, étant donnée une érosion dentaire, il serait possible d'après la hauteur du niveau qu'affecte cette érosion sur la couronne, d'établir qu'une crise éclamptique s'est produite à tel ou tel âge, c'est-à-dire à l'âge correspondant à tel ou tel degré de développement de la dent. L'éclampsie, en quelque sorte,

(1) Traité des anomalies du système dentaire chez l'homme et les mammifères, Paris, 1877.

(2) Études cliniques sur l'érosion des dents considérée comme signe rétrospectif de l'éclampsie infantile, Paris, 1881.

(3) De l'érosion ou des altérations des dents permanentes à la suite des maladies de l'enfance. (*Thèses de Paris*, 1874, n° 384.)

(4) Contribution à l'étude de l'érosion dentaire. (*Thèses de Paris*, 1879, n° 569

(5) A propos des dents syphilitiques, Bruxelles, 1879.

Digitized by Google

inscrirait elle-même sur la couronne dentaire la date de son apparition.

D'après tout cela, il semble peu contestable que l'éclampsie infantile puisse servir d'origine et de cause à l'érosion dentaire.

Cette conclusion, pour ma part, je l'accepte, parce qu'elle repose s ü un ensemble d'arguments et de considérations qu'il ne me paraît pas possible de réfuter ou de méconnaître.

Mais, cela admis, surgit une autre question : l'éclampsie est-elle *la seule cause* d'où procède l'érosion dentaire ?

Oui, répondent résolument M. Magitot et ses partisans ; — non, répondrons-nous à notre tour avec non moins de conviction.

En constatant l'éclampsie dans les antécédents de l'érosion, M. Magitot a surpris et établi un fait juste, dont nous avons accepté l'authenticité. Mais, dominé sans doute par l'idée qu'il poursuivait, il n'a vu que ce fait ; il a méconnu, ou laissé de côté, ou faussement interprété les cas qui ne rentraient pas dans sa théorie ou qui auraient pu la contredire. Somme toute, il a généralisé un fait particulier, en donnant comme explication à *toutes* les érosions dentaires ce qui n'est applicable qu'à un certain nombre.

De cela voici la preuve. Si l'on étudie sans esprit préconçu les antécédents des sujets affectés d'érosion dentaire, on trouve un nombre de cas considérable *où l'éclampsie fait absolument défaut*. Faut-il citer des exemples particuliers ? Je n'aurais que l'embarras du choix. A titre seulement de spécimen, j'emprunterai à mes notes le fait suivant, qui ne laisse place à aucune erreur, à aucun soupçon possible d'inobservance ou d'anamnèse incomplète relativement à l'éclampsie.

Un jeune enfant, pour lequel j'ai été maintes fois consulté, présente des érosions dentaires absolument typiques. Or, cet enfant, fils adoré d'une famille ultra-attentive aux moindres détails de sa santé, a été traité depuis sa naissance jusqu'à ce jour par mon confrère et ami le Dr R. Blache. Il n'est pas une de ses maladies, pas une de ses plus légères indispositions, pour laquelle M. Blache ou moi, ou quelquefois même tous deux à la fois, n'ayons été mandés près de lui. Eh bien, cet enfant, en dépit de ses érosions dentaires, n'a jamais eu l'ombre d'une convulsion ou de quoi que ce soit qui ressemble à une convulsion. Cela, M. Blache me l'affirmait encore ces derniers jours ; et inutile de dire que le père et la mère (qui n'ont pas perdu de vue leur enfant un seul jour depuis sa naissance) m'ont confirmé cette assertion.

Un seul fait comme celui-ci servirait de condamnation à la théorie exclusive qui impute à l'éclampsie tous les cas d'érosions dentaires. Mais les faits de ce genre abondent et surabondent. Donc, inutile d'insister davantage, et concluons en disant :

Digitized by Google

Oui, l'éclampsie peut servir d'origine à l'érosion dentaire dans un certain nombre de cas;

Non, l'éclampsie n'est pas la cause unique qui préside à la genèse de l'érosion dentaire dans tous les cas.

XI

Ce que je viens de dire de la doctrine absolutiste qui rapporte à l'éclampsie toutes les érosions dentaires, je vais avoir à le répéter à propos d'une autre doctrine non moins exclusive.

Celle-ci attribue à la syphilis tout ce que la précédente imputait à l'éclampsie.

Cette doctrine est née en Angleterre des travaux d'Hutchinson. Parmi nous, elle a surtout pour représentant mon éminent collègue le professeur Parrot, qui lui a consacré notamment plusieurs de ses belles leçons sur la syphilis héréditaire (1).

Elle se résume en ceci : l'influence héréditaire de la syphilis serait la cause essentielle, unique, des érosions dentaires.

Eh bien, là encore est une part de vérité et une part d'erreur. Je m'explique.

C'est un fait assurément incontestable aujourd'hui que l'hérédité syphilitique sert d'origine avérée à l'érosion dentaire dans un nombre de cas qu'à l'avance je qualifie de considérable. Il est absolument certain que, sur quantité de sujets, l'érosion ne peut être rapportée à aucune autre cause que l'influence syphilitique héréditaire. Cela, je vous en donnerai la preuve dans un instant.

Mais suit-il de là que l'érosion dentaire procède toujours et invariablement de l'hérédité syphilitique, comme tout à l'heure on voulait la faire dériver exclusivement de l'éclampsie? Pas le moins du monde.

Et, en effet, *il n'est pas rare de rencontrer des érosions dentaires sur des sujets non syphilitiques, issus de parents non syphilitiques.*

Ici encore les citations particulières seraient superflues. Des exemples du genre sont dans le souvenir de tout praticien. Je déclare n'avoir jamais assisté à une discussion entre médecins sur le sujet en question sans que quelque interlocuteur ne prît la parole pour dire : « Mais, moi, je connais tel enfant qui présente des érosions dentaires et qui cependant n'a jamais eu le moindre symptôme syphilitique. Ses parents, j'en suis certain, n'ont jamais eu la vérole. »

En ce qui me concerne, j'ai par devers moi un fait qui, fût-il unique, fixerait ma conviction en l'espèce. Un de mes plus intimes amis, un

(1) V. notamment *Progrès médical*, 1881, p. 359 et suiv.

Digitized by Google

camarade d'enfance, dont je connais toute la vie comme il connaît la mienne, a un enfant qui présente quatre dents affectées d'érosion. Eh bien, ni cet enfant, ni sa sœur, ni son père, ni sa mère n'ont jamais eu le moindre symptôme syphilitique. Cela, je m'en porte garant.

Et que d'autres observations analogues n'aurais-je pas à produire !

Autre témoignage tiré d'un ordre de faits tout différent.

De l'aveu général, la vérole n'existe ni chez le bœuf, ni chez le chien. Or, on a observé des sillons dentaires sur le bœuf et sur le chien, ainsi du reste, paraît-il, que sur d'autres espèces animales (1).

Sur un bœuf Durham âgé de quatre ans, M. Magitot a vu les deux pinces centrales affectées d'érosions symétriques. Ces érosions étaient transversales et profondes. Elles occupaient le tiers supérieur de la couronne. A l'examen histologique, on trouva une zone de dentine globulaire correspondant au niveau de l'érosion. Il s'agissait donc bien, dans ce cas, d'une lésion semblable en tous points à l'érosion dentaire de l'homme.

De même, M. Capitan a récemment montré à la Société d'anthropologie une mâchoire de chien affectée d'érosions dentaires multiples.

De tout cela, donc, résulte une conclusion formelle ; c'est que, très certainement, au-dessus de toute contestation possible, *la syphilis n'est pas l'origine unique des érosions dentaires.*

Ici, messieurs, permettez-moi une digression, dont l'intérêt me servira d'excuse.

Il y a quelques années, des fouilles pratiquées sur l'emplacement d'un ancien cimetière gallo-romain, à Brény (Aisne), mettaient à découvert la mâchoire inférieure « d'un jeune Franc de l'époque mérovingienne ». Cette mâchoire, qui fait actuellement partie du musée de la Société d'anthropologie et qu'on a bien voulu me prêter pour ma conférence d'aujourd'hui, présente, comme vous le voyez, plusieurs dents affectées d'érosions, et cela sous forme de sillon double aux incisives, de sillon simple aux canines et aux premières molaires. Or, savez-vous à quelles singulières et audacieuses inductions ont donné lieu ces quelques sillons dentaires ? On a prétendu y trouver la preuve : 1° que le jeune Franc en question avait eu la vérole ; — 2° qu'il tenait cette vérole de ses parents ; — 3° et que, conséquemment, la vérole existait déjà en France à l'époque mérovingienne. Bien grosses conséquences déduites d'un bien petit fait, n'est-il pas vrai ? Et conséquences que ce fait ne comporte en

(1) Au dire de M. Rattier (thèse citée, p. 13), M. Duval « était arrivé à constituer une collection de dents érodées, parmi lesquelles on distinguait des dents de cheval, d'éléphant et d'hippopotame ».

Digitized by Google

rien, puisque, comme nous l'avons vu, la syphilis n'est pas seule à réaliser des érosions dentaires.

XII

Je viens, messieurs, de discuter devant vous et d'écarter comme inadmissibles les deux doctrines absolutistes qui rapportent l'origine des érosions dentaires, d'une façon exclusive, soit à l'éclampsie, soit à la syphilis.

Il me reste actuellement à exposer et à défendre une troisième doctrine — ou, si le mot vous paraît un peu ambitieux, une troisième *opinion* — à laquelle j'ai été conduit par mon expérience personnelle, non moins d'ailleurs, je n'aurai garde de le méconnaître, que par les travaux de mes devanciers.

Cette opinion, qui me semble répondre seule à l'ensemble des faits cliniques, se résume en trois points, de la façon suivante :

1° Les malformations dentaires connues sous le nom d'érosions sont des lésions banales, communes, susceptibles de dériver de causes multiples et diverses;

2° La syphilis s'approprie parfois ces lésions; elle se les approprie même souvent, plus souvent peut-être à elle seule que tout autre état pathologique;

3° Au point de vue spécial qui nous occupe, c'est-à-dire en tant que signes pouvant servir au diagnostic rétrospectif de la syphilis héréditaire, les érosions dentaires ont une valeur très inégale suivant les formes qu'elles affectent. Quelques-unes de ces formes, résultant avec une fréquence incontestable de causes étrangères à la syphilis, ne comportent pas de signification diagnostique ; tandis que d'autres, que la syphilis réalise presque seule, constituent des signes presque positifs de spécificité.

Je vais essayer de légitimer cette triple proposition par une discussion aussi rapide que possible.

I. — Les érosions dentaires, ai-je dit comme premier point, ne sont que des lésions banales, communes, susceptibles de dériver et dérivant manifestement de causes multiples et diverses.

Et, en effet, qu'est-ce donc, à tout prendre, qu'une érosion dentaire comme nature intime, comme espèce de lésion? C'est, très-évidemment et de l'aveu de tous, une *lésion de nutrition*. Nous avons vu, par ce qui précède, l'érosion résulter d'une interruption momentanée survenue dans le processus de dentification. A une certaine étape de son évolution

Digitized by Google

formatrice, la dent ne reçoit plus la somme de matériaux nutritifs nécessaires à sa formation intégrale et correcte ; comme conséquence, elle se constitue vicieusement, incomplètement, à cette époque, et cet arrêt de développement, ce trouble nutritif, se traduit alors sur la couronne par une zone atrophique qu'on appelle érosion.

Or, *a priori*, serait-il possible d'admettre que la syphilis ait seule le privilège de déterminer un trouble nutritif vers le système dentaire? N'est-il pas à croire tout au contraire qu'une lésion de ce genre, ne comportant rien de spécifique, est appelée à dériver d'une cause morbide quelconque, pourvu que cette cause soit de nature à constituer un trouble profond de la nutrition générale?

A posteriori, il faut bien que l'érosion dentaire dérive de causes multiples, puisqu'on la rencontre en des conditions diverses, c'est-à-dire, par exemple, sur des sujets qui n'ont pas eu la syphilis, comme sur des sujets indemnes d'antécédents éclamptiques. Il faut bien que les cas qui ne sont explicables ni par la syphilis ni par l'éclampsie soient expliqués par d'autres influences morbides.

Mais, dira-t-on, quelles sont donc ces autres influences morbides? Citez-les. — N'en aurions-nous aucune à signaler, répondrai-je tout d'abord, que cela témoignerait simplement de notre ignorance. Cela signifierait que nous ne connaissons pas les causes qui président à la genèse de l'érosion, mais cela ne démontrerait en rien la non-existence de telles causes.

Nous n'en sommes pas là, fort heureusement. Sans doute, la science actuelle est loin encore d'être fixée sur l'étiologie des érosions dentaires. Sans doute, nombre de causes auxquelles on les rattachait jadis (telles que fièvres éruptives, pyrexies, scrofule, rachitisme, etc.) sont absolument inacceptables en l'espèce, et cela pour l'excellente raison que les dents sont déjà définitivement constituées (et par conséquent non susceptibles d'une malformation) à l'époque où ces causes pourraient entrer en action (1). Sans doute, on a beau jeu d'arguer contre nous de la pénurie d'observations précises, démontrant les relations de tel ou tel état morbide avec l'érosion. Mais, prenez-y garde, Messieurs, il s'agit ici d'un sujet neuf (du moins au point de vue où nous l'envisageons actuellement) ; il s'agit d'un sujet spécial entre tous, peu cultivé, délaissé même, dirai-je. L'imperfection de nos connaissances actuelles n'a donc que de trop légitimes raisons.

Et cependant, dès aujourd'hui, quelques faits bien observés attestent d'une façon bien certaine le rapport étiologique de certains états morbides avec l'érosion.

(1) Ceci, M. Parrot l'a magistralement exposé, et je n'ai rien à ajouter, pas plus qu'à modifier, à la démonstration qu'il a produite. — V, *Progrès médical*, 1881.

Digitized by Google

Ainsi, M. Magitot a relaté une intéressante observation d'érosions dentaires déterminées par une *entérite chronique*. Dans ce cas, les incisives, les canines et les premières molaires étaient dans un état de désorganisation complète, comme dans la forme dite « en gâteau de miel ». Or, le siège et l'étendue de ces lésions offraient un rapport précis avec l'invasion et la longue durée de l'entérite, qui, ayant débuté au deuxième mois, s'était prolongée jusqu'à deux ans. Au contraire, les deuxièmes et troisièmes molaires, dont l'évolution, comme on le sait, est postérieure à la deuxième année, ne présentaient aucune altération (1).

De même, M. Pietkiewicz a observé le fait suivant qu'il a bien voulu me communiquer. Un jeune homme de dix-neuf ans se présente à lui affecté de nombreuses érosions dentaires. D'après le siège et l'étendue de ces érosions, notre habile confrère arrive à déterminer que la cause morbide dont elles dérivent doit être intervenue vers l'âge de dix-huit mois à deux ans. Il recherche cette cause, et apprend qu'en effet, à l'âge de dix-huit mois, son malade est tombé d'un premier étage, qu'il a subi dans cette chute des traumatismes multiples, et qu'il a dû à ce propos garder le lit plusieurs mois, dans un état des plus graves (2).

Au surplus, je crois inutile d'insister davantage sur ce premier point qui n'est guère discuté, qui même est accepté de la grande majorité des médecins. Passons au second.

II. — Ce que produisent, comme nous venons de le voir, des causes morbides vulgaires, la syphilis le réalise aussi pour son compte. Très-fréquemment elle sert d'origine à l'érosion dentaire.

Ce second point est celui qui nous intéresse le plus, et c'est celui, par bonheur, qui comporte la démonstration la plus facile et la plus complète.

La relation pathogénique de l'érosion dentaire avec la syphilis ressort de tout un ensemble de considérations, dont il suffira de citer les trois principales, à savoir :

1° *Constatation fréquente, très fréquente, de la syphilis chez les parents de sujets affectés d'érosions dentaires.*

Ici, évidence formelle, par surabondance d'observations cliniques. S'il fallait citer des exemples particuliers, je pourrais les emprunter par centaines à Hutchinson, à M. Parrot, à divers auteurs qui se sont occupés de cette question, sans parler même des cas, au nombre de cent trente environ, que me fourniraient mes notes personnelles.

Toutes ces observations se résument en ceci, sommairement : sujet

(1) Études cliniques sur l'érosion des dents, p. 6.
(2) Observation encore inédite.

Digitized by Google

affecté d'érosions dentaires ; — à ce propos, soupçon venant au médecin d'une hérédité syphilitique ; — interrogatoire des parents, qui avouent une syphilis antérieure à la naissance de leur enfant.

Exemple : un enfant d'une douzaine d'années m'est adressé par l'un de mes confrères pour une lésion ulcérative du voile palatin, qui me semble bien être une gomme. J'examine les dents, et j'y trouve des érosions de nature à confirmer mon soupçon. J'interroge alors le père du petit malade et j'apprends de lui : 1° qu'il a eu la syphilis peu de temps avant son mariage, et qu'il s'en est incomplètement traité ; — 2° qu'il a eu le malheur de communiquer la syphilis à sa femme dès les premiers temps de son mariage ; — 3° qu'il a eu un premier enfant syphilitique et mort de syphilis ; — 4° que son second enfant (celui pour lequel je suis consulté) a eu, dans ses premiers mois, divers accidents qu'on a considérés comme syphilitiques, traités et guéris comme tels, etc., etc.

Voilà, n'est-ce pas ? un fait complet et probant. Eh bien, les faits de ce genre pullulent dans la science ; je le répète, on ne les compte plus.

2° *Constatation fréquente, chez les sujets affectés d'érosions dentaires, d'antécédents, de stigmates ou d'accidents actuels de syphilis.*

Examinez un certain nombre de sujets affectés d'érosions dentaires, et vous reconnaîtrez, non pas sur tous, mais sur la plupart, des témoignages divers d'hérédité syphilitique.

Pour certains d'entre eux, par exemple, vous serez dûment éclairés par une anamnèse précise. Chez d'autres, vous trouverez des vestiges manifestes d'accidents spécifiques (cicatrices cutanées, cicatrices des muqueuses, opacités cornéennes, perforation du voile, aplatissement nasal, bosselures crâniennes, lésions osseuses des membres, etc., etc.). Chez d'autres, enfin, comme dans le dernier cas précité, vous serez édifiés séance tenante par la constatation actuelle de manifestations indubitablement syphilitiques.

En l'espèce, les exemples sont également des plus nombreux. Les trois suivants pris au hasard serviront de spécimens.

Dans une observation de Coupland, nous voyons une jeune fille de treize ans, présentant des malformations dentaires et des opacités cornéennes, être prise d'accidents viscéraux auxquels elle succombe. L'autopsie démontre, entre autres lésions, des gommes hépatiques (1).

Une observation d'Archambault est relative à un enfant né d'une mère syphilitique, lequel commence par être affecté, vers l'âge de trois mois, d'accidents secondaires typiques ; — puis offre plus tard une seconde dentition absolument vicieuse (érosions en scie, cannelures

(1) *The médical Times*, 1880.

Digitized by Google

verticales, etc.); — et, à douze ans, présente des exostoses du tibia et du métatarse (1).

Un cas de Cheadle nous montre des malformations dentaires sur une fillette de huit ans, criblée de manifestations syphilitiques, à savoir : kératite, lésions nasales, nécrose palatine, rupia, tubercules de la face, nodosités tibiales, périostose du pariétal, etc. (2).

De tels faits, joints à tant d'autres semblables que j'aurais à citer, sont vraiment démonstratifs.

3° *Polymortalité des enfants dans les familles de sujets affectés d'érosions dentaires.*

Vous savez — et c'est là un grand fait sur lequel j'insisterai bientôt — que l'influence héréditaire de la syphilis se traduit d'une façon ultra-fréquente par ce qu'on peut appeler *l'extermination des jeunes*. La syphilis tue les enfants comme ne le fait aucune autre maladie. Elle les tue *in utero*, avant leur naissance; — elle les tue à leur naissance; — elle les tue dans leurs premiers mois ou plus tard. Si le traitement spécifique ne corrige pas cette désastreuse influence de la diathèse, plusieurs enfants d'une même famille, c'est-à-dire deux, trois, quatre, cinq, six et plus, peuvent payer un tribut fatal au germe héréditaire qui les poursuit. C'est là ce que nous appelons ici, où tant de catastrophes de ce genre passent sous nos yeux, la *polymortalité infantile* des familles syphilitiques.

Eh bien, rapprochement curieux, cette mortalité multiple des jeunes se rencontre également dans les familles où l'on observe les érosions dentaires.

Etant donné un enfant affecté d'érosions dentaires, remontez aux antécédents de famille, et il vous arrivera fréquemment d'apprendre que plusieurs frères ou sœurs de cet enfant sont morts en bas âge ou morts avant de naître; parfois même vous serez surpris de la mortalité insolite qui s'est abattue sur les enfants de cette famille.

De cela voici la preuve :

Dans la série des observations suivantes, toutes relatives à des sujets affectés d'érosions dentaires, on trouve noté ceci, comme mortalité d'enfants dans chaque famille :

Observation de Pietkiewicz (3)	3 enfants morts sur 5.
— de Chaboux (4).....	3 enfants morts sur 4.
— de Russell (5)	3 enfants morts sur 4.

(1) *Union médicale*, 21 janvier 1879, p. 93.
(2) *The British medical journal*, 1880, p. 204.
(3) Observation précitée.
(4) De certaines lésions de la région naso-pharyngienne que l'on doit rattacher à la syphilis. (*Thèses de Paris*, 1875, n° 430, p. 37.)
(5) *The British medical journal*, 1869, t. II, p. 86.

Digitized by Google

Observation	de Fournier.....	3 enfants morts sur 4.
—	de Stanley (1).....	4 enfants morts sur 9.
—	de Fournier.....	4 enfants morts sur 8.
—	de Stanley	4 enfants morts sur 6.
—	de Parinaud (2).....	4 enfants morts sur 5.
—	de Rivington (3).....	4 enfants morts sur 5.
—	de Fournier....	5 enfants morts sur 9.
—	de Fournier.....	2 enfants morts sur 8.
—	de Fournier	5 enfants morts sur 8.
—	de Coupland (4)	7 enfants morts sur 12.
—	de Fournier	7 enfants morts sur 9.
—	de Coupland	9 enfants morts sur 15.
—	de Lancereaux (5)....	9 enfants morts sur 12.
—	de Carré (6).....	11 enfants morts sur 12.

Quel parallèle saisissant! D'une part, polymortalité des enfants dans les familles syphilitiques; et, d'autre part, polymortalité des enfants dans les familles où l'on rencontre les érosions dentaires. Ce rapprochement n'est-il pas significatif? N'est-ce pas là une démonstration catégorique (7).

(1) *The medical Times*, 1861, t. II, p. 240.
(2) Thèse de Couzon (Contribution à l'étude de la kératite interstitielle). (*Thèses de Paris*, 1883, p. 31.)
(3) *The medical Times*, 1872, t. II, p. 433.
(4) *The médical Times*, 1880.
(5) Ouv. cité, p. 330.
(6) *France médicale*, 1877, p. 106.
(7) J'ai dû passer sous silence, dans l'exposé qui précède, nombre de particularités accessoires, dignes cependant d'un réel intérêt. Qu'il me soit permis du moins d'en signaler, sous forme de notes, quelques-unes des plus importantes.

I. — On a remarqué que, dans les familles syphilitiques, « c'est le plus souvent l'*aîné* des enfants (ou l'aîné des enfants survivants) qui présente les érosions caractéristiques de la syphilis, tandis que les plus jeunes en restent indemnes ». Ce fait a son explication facile et rationnelle, ce me semble, dans la décroissance habituelle et non contestée de l'infection hérédo-syphilitique sous l'influence du temps et du traitement.

II. — Toutefois, il est des cas où *plusieurs enfants* d'une même famille syphilitique sont affectés d'érosions dentaires. Pour n'en citer qu'un exemple, Moon (*Monthly Review of dental surgery*, trad. dans le *Progrès dentaire*, 1877) a relaté une curieuse observation où, sur trois enfants d'une même famille syphilitique, il y en avait deux (l'un âgé de 16 ans, l'autre âgé de 11 ans) qui présentaient des érosions dentaires.

Dans les cas de ce genre, alors que plusieurs enfants d'une même famille sont affectés d'érosions dentaires, on a cru remarquer que « ces lésions sont plus accentuées sur les aînés et s'atténuent graduellement sur les plus jeunes ». (Hutchinson, *The medical Times*, 1861, t. II, p. 624.)

III. — Il se peut que, dans une famille syphilitique où plusieurs enfants sont affectés d'érosions dentaires, d'autres en restent exempts, sans que l'immunité de

Digitized by Google

Ainsi donc, en résumé : constatation fréquente de la syphilis chez les parents de sujets affectés d'érosions dentaires ; — constatation fréquente chez ces mêmes sujets d'accidents hérédo-syphilitiques ; — polymortalité des jeunes dans les familles où s'observe l'érosion ; voilà trois ordres de considérations majeures, qui établissent bien nettement, à mon sens, la relation pathogénique de l'érosion dentaire avec l'hérédité syphilitique.

Comme complément à ce qui précède, une question resterait à résoudre : Dans quelle proportion de fréquence les érosions dentaires dérivent-elles d'une influence hérédo-syphilitique, par rapport aux autres causes qui peuvent également leur servir d'origine ?

Cette question, malheureusement, n'est pas encore soluble dans l'état actuel de nos connaissances. Tout ce que nous pouvons en dire, c'est que la syphilis, à coup sûr, constitue une cause *commune* d'érosions dentaires. Il me semble même indéniable qu'elle en constitue la cause principale et *la plus commune*. Voyez, en effet, ce que nous fournirait aujourd'hui, au point de vue étiologique, un relevé des observations contenues dans la science. C'est par centaines que se présenteraient les cas d'érosions dentaires d'origine spécifique, contre un nombre singulièrement restreint de cas imputables à telle ou telle origine différente. L'éclampsie, certes, revendiquerait bien ici un certain rôle, avec M. Magitot et ses partisans. Mais, en l'espèce même la syphilis reprendrait ses droits, car *l'éclampsie infantile n'est qu'un symptôme auquel la syphilis héréditaire sert de cause en maintes occasions*. Quantité d'enfants syphilitiques sont affectés de convulsions, ainsi que je vous l'ai dit bien souvent (1) ; il en est même bon nombre qui meurent de convulsions. Donc, parmi les cas d'érosions dentaires rapportés en bloc à l'éclampsie, il en est forcément pour une certaine proportion qui reviennent de fait et de droit à la syphilis.

Quoi qu'il en soit, cette question de fréquence relative ne saurait être déterminée quant à présent, car les éléments d'une statistique sérieuse nous font encore défaut à ce sujet.

ces derniers soit explicable par aucune raison plausible, notamment par la loi de décroissance dont nous venons de parler.

C'est ainsi que, dans le cas précité de Moon, nous voyons un enfant de 14 ans se présenter avec des dents saines, alors que son frère aîné et son frère *cadet* (celui-ci plus jeune de trois ans) étaient affectés d'érosions caractéristiques.

IV. — Les érosions dentaires d'origine syphilitique sont-elles transmissibles par hérédité ? Ce point n'est pas encore élucidé. Une observation d'un auteur étranger, Barraclough (*The medical Times*, 1876, t. II, p. 349), nous montre bien deux frères « syphilitiques » (?), qui, affectés d'érosions dentaires, auraient eu, à eux deux, six enfants, tous affectés d'érosions semblables ou analogues. Mais ce cas, si curieux qu'il soit, ne contient pas de détails assez précis pour être démonstratif.

(1) V. *Syphilis et mariage*.

Digitized by Google

III. — Un dernier point, celui-ci beaucoup plus difficile, beaucoup plus délicat, nous reste à discuter.

Toutes les érosions dentaires ont-elles, en ce qui nous concerne, la même valeur séméiologique? Doivent-elles toutes, à un même degré, éveiller le soupçon d'une origine spécifique?

Il est certain que la syphilis peut les réaliser *toutes*, quelles qu'elles soient. Mais il paraît non moins avéré qu'elle réalise certains types d'érosion plutôt que d'autres. D'où cette conséquence que certains types auront pour nous, relativement à la signification diagnostique qu'il convient de leur rattacher, une valeur que d'autres ne comporteront pas.

Sans doute, vu la nouveauté du sujet, il serait imprudent de rien spécifier encore de précis et de définitif à cet égard. Néanmoins, avec les réserves auxquelles nous sommes astreints en matière aussi controversée, je crois pouvoir dès à présent formuler les quelques propositions suivantes, comme expression des faits observés jusqu'à ce jour :

1° Les érosions pointillées, les érosions en cupules ou en facettes, les dentelures en scie du bord libre, n'ont que peu ou pas de valeur, en tant que témoignages d'une influence hérédo-syphilitique. — Et cela, parce qu'on les rencontre fréquemment en dehors de toute hérédité spécifique.

2° La dent rayée, à érosion en sillon (érosion sulciforme de Parrot), est déjà plus spéciale. Mais il est incontestable qu'on l'observe également, et cela avec une certaine fréquence, dans des conditions où l'hérédité syphilitique doit être absolument mise hors de cause (1).

3° L'atrophie du sommet dentaire (notamment celle qui, affectant la première grosse molaire, constitue là ce que nous avons appelé la *dent courte en plateau*) a une signification plus précise, parce que c'est là une modalité favorite des malformations d'ordre spécifique.

4° Mais ce qui constitue le meilleur signe, ce qui peut être donné comme un témoignage *presque* certain d'hérédité syphilitique, c'est l'*échancrure semi-lunaire* du bord libre, c'est ce qu'on appelle la *dent d'Hutchinson*.

Cette forme particulière d'érosion, alors surtout qu'elle affecte sa lo-

(1) Voilà déjà plus d'une vingtaine de cas où j'ai constaté la dent en sillon sur des sujets adultes venant de contracter une syphilis récente. Ces derniers jours, par exemple, j'observais des érosions de ce genre sur un jeune homme de vingt-cinq ans affecté d'un chancre induré datant de quelques semaines, avec roséole, plaques muqueuses, etc.

Dans les cas de ce genre, le dilemme suivant s'impose :

Ou bien, les érosions en sillon sont d'origine exclusivement syphilitique — et alors une syphilis héréditaire ne constitue pas une immunité contre une contamination syphilitique ultérieure;

Ou bien, les érosions en sillon ne sont pas exclusivement d'ordre syphilitique.

C'est le dernier terme de ce dilemme qu'à tous égards il nous paraît préférable d'accepter.

Digitized by Google

calisation préférée, à savoir les incisives médianes supérieures, est un élément diagnostique d'une incontestable valeur.

Dirons-nous avec Hutchinson que c'est là un signe pathognomonique? Dirons-nous que, par elle seule, cette malformation des incisives médianes supérieures (1) suffit à attester une influence syphilitique héréditaire? Non. Je ne saurais aller jusque-là. Et cependant j'en suis encore à trouver *un seul cas* où ce signe m'ait trompé; j'en suis encore à trouver un seul cas de malformation dentaire « en échancrure semi-lunaire du bord libre » qui se soit produit en des conditions autres que celles d'une hérédité syphilitique. De sorte que, si je m'en tenais aux résultats de mon observation personnelle, je serais bien tenté d'affirmer la spécificité de cette dent d'Hutchinson. Mais je crois que, dans une question aussi neuve, la prudence est de rigueur, et qu'il serait prématuré de formuler des conclusions absolues. Je me bornerai donc à vous dire ce qui est exactement l'expression de l'état actuel de la science, à savoir : que l'échancrure semi-lunaire d'Hutchinson est une présomption formelle, peut-être même un signe certain d'hérédité syphilitique; — qu'on n'a pas encore opposé à la valeur séméiologique de cette malformation dentaire une seule observation contradictoire absolument authentique; — mais que, cependant, avant de conférer à ce précieux signe l'épithète de *pathognomonique*, avant de le considérer comme fournissant à lui seul une démonstration absolue, irréfragable, d'hérédité syphilitique, il convient

(1) M. Hutchinson, avec qui j'avais l'honneur de causer récemment de cette question, n'admet comme « dents spécifiques » que les *incisives médianes supérieures*. Pour lui, toute échancrure semi-lunaire affectant les incisives médianes supérieures serait un signe *absolu* d'hérédité syphilitique. Mais cette même lésion affectant d'autres dents « *n'aurait plus de signification relativement à l'hérédité spécifique* ».

Cette opinion me semble inacceptable dans son second terme. Pourquoi et comment accorder une signification séméiologique à une lésion alors qu'elle affecte certaines dents, et refuser toute valeur à cette même lésion alors qu'elle en affecte d'autres? Comment ce qui est un témoignage absolu de syphilis sur les incisives médianes supérieures deviendrait-il lettre morte sur les incisives supérieures latérales, ou sur les incisives inférieures, ou sur les canines? D'autant qu'il est des cas où plusieurs dents sont affectées d'échancrures semi-lunaires en même temps et de la même façon et au même degré que les incisives médianes supérieures. J'avais précisément dans mon service, ces derniers temps, un cas de ce genre, dont j'ai montré la reproduction à M. Hutchinson sans parvenir à le faire changer d'opinion. Il s'agissait d'un petit malade qui présentait de superbes échancrures semi-lunaires (type d'Hutchinson) sur six dents, à savoir : les deux incisives supérieures médianes et les quatre incisives inférieures; et toutes ces échancrures étaient absolument *identiques* sur ces diverses dents. Or, si l'on admet que la syphilis ait servi d'origine, dans ce cas, à la malformation des incisives médianes supérieures, je me demande comment il est supposable qu'elle soit restée étrangère à la malformation concomitante et identique des autres dents. Et, si l'on attribue, dans ce même cas, une haute valeur diagnostique à la malformation des incisives médianes supérieures, je me demande également comment il serait possible de récuser toute signification à un même état pathologique des dents voisines.

Digitized by Google

encore d'attendre pour lui la consécration d'une expérience plus prolongée.

XIII

MICRODONTISME.

L'érosion dentaire, qui vient de nous occuper longuement, n'est qu'une lésion dans un ensemble de lésions. C'est donc bien à tort, ainsi que je vous l'ai déjà dit précédemment, qu'on a voulu en faire le caractère exclusif de ce qu'on appelle la dent syphilitique. En réalité, l'influence de la syphilis héréditaire se traduit sur le système dentaire par des modalités *multiples*, dont l'érosion n'est qu'une espèce et dont plusieurs autres espèces ne sont ni moins curieuses que cette dernière en tant que lésions, ni moins importantes au point de vue du diagnostic rétrospectif qui nous occupe actuellement.

C'est là ce qu'il me reste à établir.

Le *microdontisme*, dont je vais vous parler tout d'abord, est précisément au nombre de ces malformations dentaires qui sont restées effacées jusqu'à ce jour et presque méconnues, sans doute en raison de l'attention exclusive qu'on accordait à l'érosion. Il est assez commun cependant. On le trouve signalé dans bon nombre d'observations, et, pour ma part, je l'ai fréquemment rencontré sur mes malades, soit comme lésion isolée, soit (ce qui est plus habituel) comme lésion associée à d'autres malformations dentaires. Si bien que, sans lui attribuer en rien une signification propre et spéciale, j'ai été conduit à le considérer comme un élément diagnostique important et précieux en l'espèce.

Son nom le définit. Dérivé de deux mots grecs bien connus (μικρος, petit, et οδονς, dent), il spécifie l'état d'une dent anormale *par exiguïté de proportions*.

Et tel est, en effet, le microdontisme : une malformation dentaire consistant en une petitesse native de la dent.

La dent affectée de la sorte se présente amoindrie dans tous ses diamètres, comme hauteur, comme largeur et comme épaisseur. C'est dire qu'elle est tout à la fois courte, étroite et mince. A tous égards c'est une *petite* dent, une dent exiguë, rabougrie, presque rudimentaire en certains cas.

Le microdontisme n'est jamais un état général de toute la dentition, ou du moins je ne l'ai jamais rencontré sous cette forme. Toujours, au contraire, je l'ai vu n'intéresser que *quelques dents* au milieu d'une dentition d'ailleurs normale comme développement. Parfois même il se circonscrit à une seule dent.

Digitized by Google

Les dents qu'il affecte le plus souvent sont, par ordre de fréquence, les incisives médianes supérieures, les incisives supérieures latérales et les incisives médianes inférieures. — Dans un cas de Lannelongue il portait sur les quatre incisives supérieures.

Il a ses degrés, ou, pour mieux dire, il est susceptible de tous degrés.

Souvent il est assez léger pour passer inaperçu à un examen superficiel. Tel est le cas d'un malade que nous traitons actuellement dans nos salles pour des accidents de syphilis héréditaire, et qui présente trois dents notablement réduites de volume (deux incisives médianes inférieures et une incisive supérieure latérale), mais pas assez réduites cependant pour que cette anomalie frappe l'observateur au premier coup d'œil.

D'autres fois, au contraire, le microdontisme est plus accentué. Il constitue alors une difformité réelle, choquante, qui ne saurait passer inaperçue. — Deux exemples :

Un jeune homme de dix-huit ans, affecté de diverses manifestations de syphilis héréditaire, nous a offert le curieux aspect que voici : A côté des trois incisives supérieures normales de forme et de développement, incisive latérale gauche absolument réduite comme volume en toutes proportions, ridiculement exiguë, comme hauteur surtout, et présentant au plus les deux cinquièmes de la taille physiologique qu'elle aurait dû acquérir.

Sur un enfant de dix ans, fils de parents syphilitiques et syphilitique lui-même, nous avons observé cette autre anomalie plus complexe :

1° Incisives moyennes supérieures, d'une part, fortement échancrées en demi-lune sur leur bord libre (type de la dent d'Hutchinson), arrondies sur leurs angles, et, d'autre part, singulièrement petites, extrêmement réduites de tous diamètres, très courtes, très étroites, très minces. Comme diamètre vertical, par exemple, elles ne mesuraient que la demi-hauteur des incisives latérales ;

2° Incisive inférieure médiane du côté gauche offrant un sillon transverse très accentué, à un demi-millimètre environ au-dessous de son bord libre, mais normale comme taille ;

3° Incisive inférieure médiane du côté droit réduite de toutes proportions, exiguë, mesurant la demi-hauteur de son homologue gauche.

Et de même pour d'autres cas analogues que je passerai sous silence, car les exemples précédents auront suffi sans doute à vous donner une idée exacte de cette variété de malformation dentaire, comme aussi à vous convaincre qu'elle constitue un signe clinique précis, de constatation facile, et de nature à fournir au diagnostic une donnée bien équivalente à celle des malformations érosives.

Mais il y a plus. Cette exiguïté dentaire peut s'exagérer encore, dépas-

Digitized by Google

ser le degré que je viens de décrire, et aboutir alors à une telle réduction de développement qu'il n'y a pas d'exagération à la qualifier, comme on l'a fait déjà, du nom de *Nanisme dentaire*.

Ce que l'on constate dans les cas de ce genre, c'est une dent extraordinairement petite, absolument rabougrie, rudimentaire, minime, une véritable dent *naine* en un mot (*dwarf tooth* des Anglais).

Voici un spécimen du genre, figuré par Hutchinson (1). Vous voyez là les deux incisives supérieures à l'état de petits tronçons dentaires, ne dépassant pas les gencives au delà d'une à deux lignes.

J'ai observé plusieurs cas analogues. Dans l'un d'eux notamment, une incisive était tellement réduite qu'elle n'avait plus l'aspect d'une dent ; on eût dit un petit bourgeon d'émail sortant des gencives. Le malade la qualifiait lui-même du nom de « dent de poupée », et je vous répète le mot pour vous donner une idée de l'exiguïté de volume qu'offrait cette singulière dent.

Si bizarre au premier abord que puisse paraître ce mode d'action de la syphilis sur le système dentaire, il n'en est pas moins authentique et dûment démontré. On l'a observé nombre de fois, et cela dans des conditions qui ne laissent aucun doute sur sa connexion pathogénique avec l'influence héréditaire de la syphilis.

Ce n'est pas là, d'ailleurs, un fait isolé et sans analogues. Rappelez-vous ces curieux arrêts de développement que je vous ai déjà plusieurs fois signalés dans la syphilis héréditaire et que nous avons vus aboutir tantôt à l'atrophie d'un organe, tel que l'utérus ou l'ovaire, tantôt à une sorte d'atrophie générale que nous avons qualifiée du nom d'*infantilisme*. Eh bien, c'est quelque chose de semblable, d'identique même, qui se produit ici ; c'est une dystrophie de même ordre qui détermine cette dent exiguë, naine. Le microdontisme, c'est — passez-moi l'expression — l'*infantilisme de la dent*. Et il dérive d'un trouble nutritif qui entrave l'évolution de l'organe dentaire, tout comme un trouble nutritif de même origine entrave parfois le développement de tel ou tel autre système, voire le développement de tout l'individu.

XIV

AMORPHISME DENTAIRE.

Une troisième modalité de l'influence hérédo-syphilitique est constituée par l'*amorphisme dentaire*.

(1) *A clinical memoir on certain diseases of the eye and ear consequent on inherited syphilis*, Londres, 1863, planche I, fig. 7.

Digitized by Google

Ce que j'appelle amorphisme dentaire (de α privatif et μορφη, forme), c'est tout simplement l'état d'une dent qui s'écarte de sa configuration physiologique pour affecter une autre forme quelconque.

Cette variété est commune, et j'imagine qu'au point de vue de la fréquence elle se place à peu près sur le même rang que l'érosion.

Ici encore, comme dans la variété précédente, il ne s'agit que de malformations partielles et non systématiques. En d'autres termes, l'amorphisme n'intéresse ni le système dentaire d'une façon générale, ni tel ou tel ordre de dents d'une façon particulière; il ne frappe qu'isolément une ou quelques dents, et, quand il en frappe plusieurs, il est loin de s'astreindre toujours à cette loi de symétrie qui est si constante et si remarquable dans les malformations d'ordre érosif.

Les variétés que peut affecter l'amorphisme dentaire sont multiples et ne se prêtent à aucune classification. Force nous est donc de les énumérer simplement.

I. — Dans un premier groupe figurent des conformations vicieuses par simple *déviation du type dentaire.*

La déviation du type consiste en ce fait qu'une dent perd plus ou moins les caractères de l'espèce à laquelle elle appartient pour affecter ceux d'une espèce opposée.

C'est ainsi qu'on observe parfois sur nos malades des incisives qui, au lieu d'être aplaties d'avant en arrière, se présentent épaissies, conoïdes, cylindroïdes, en se rapprochant de la forme propre aux canines.

C'est ainsi, réciproquement, que des canines, au lieu d'être cylindroïdes de corps et coniques de sommet, deviennent aplaties d'avant en arrière, avec un sommet horizontal en forme de tranchant allongé.

J'ai un bel exemple du genre à vous montrer sur une de nos malades actuelles, hérédo-syphilitique. Voici cette femme. Elle a, comme vous le voyez, une dentition superbe. Impossible de rêver des dents plus régulières, mieux formées, plus éclatantes de blancheur, etc. Mais examinez ces dents en anatomiste, et vous découvrirez une anomalie singulière qui a pu ne pas vous frapper au premier aspect. Cette anomalie consiste en ce que les quatre canines sont comme forme, comme physionomie, *des incisives*, de véritables incisives. D'une part, elles sont aplaties d'avant en arrière, et taillées en biseau. D'autre part, au lieu d'un sommet aigu, elles se terminent par un bord horizontal, tranchant, à la façon des incisives. Comparez ces canines aux incisives de voisinage; elles leur sont *identiques*, identiques en tous points.

Donc, déviation de type. Voilà des canines objectivement transformées en incisives.

Inversement, une autre malade, que vous avez pu voir dans nos salles

Digitized by Google

il y a quelques mois, présentait deux incisives latérales supérieures littéralement métamorphosées en canines (1).

Je ne vous dis pas que cette transformation de type a pour habitude d'être aussi complète, et même ce sont là les deux seuls cas où je l'ai observée à ce degré. Mais ce dont vous pouvez être certains, c'est qu'il vous arrivera fréquemment de rencontrer sur les sujets hérédo-syphilitiques des dents modifiées de type par quelque anomalie partielle, notamment par tel ou tel caractère emprunté à une espèce différente.

II. — Un second groupe comprend des malformations diverses, altérant de façons multiples la configuration de certaines dents, et aboutissant quelquefois à de réelles monstruosités.

Les incisives, par exemple, se présentent assez souvent avec un bord libre d'une configuration anormale. J'ai vu plusieurs fois — et de cela vous avez un exemple actuellement dans nos salles — les incisives inférieures se terminer par un bord *oblique*, comme si elles avaient subi une entaillure transversale.

D'autres fois, on a affaire à ce qu'on appelle des *dents cannelées*, c'est-à-dire parcourues sur leur couronne par des saillies, des bourrelets soit transverses, soit verticaux, que séparent de petites rigoles.

D'autres fois encore, on observe sur une dent quelque tubérosité accessoire, surnuméraire. Un de nos malades avait une petite molaire flanquée à sa face interne d'une sorte d'apophyse conoïde.

Puis viennent des configurations étranges et innominées. Les incisives latérales supérieures se présentent quelquefois étrangement rétrécies comme diamètre transverse, allongées verticalement, difformes, et « plus semblables à des chevilles d'ivoire qu'à des dents. » (Hutchinson). — On a vu certaines dents, petites, rabougries, étriquées, conoïdes, affecter la forme de « cornes ». — Hutchinson a représenté dans son livre (2) une incisive médiane supérieure qui, à la fois échancrée et élargie transversalement sur son bord libre, rappelle assez exactement l'aspect d'un tricorne.

Une configuration particulière nous est encore fournie par la variété

(1) Cette malade, âgée de trente ans, présentait en outre sur ses deux incisives médianes supérieures des vestiges d'une échancrure semi-lunaire.

Une de ses sœurs, plus âgée de cinq ans, offrait également des malformations dentaires multiples et typiques.

Toutes deux étaient manifestement hérédo-syphilitiques, et devaient à leur diathèse native divers accidents dont elles avaient été affectées dans l'enfance et dans l'adolescence (kératite, iritis, lésions gommeuses, etc.).

V. Thèse de Couzon (*Contribution à l'étude de la kératite interstitielle dans la syphilis héréditaire et dans la syphilis acquise*, Paris, 1883), où cette observation se trouve relatée en détail.

(2) Ouvrage cité, planche 1, fig. 6.

Digitized by Google

décrite sous le nom de *dent en cheville* (*Pegged tooth* des auteurs anglais, qui semblent lui accorder un intérêt spécial, à en juger du moins par la fréquence avec laquelle on la trouve signalée dans leurs descriptions).

Dans cette forme, la dent se présente notablement rétrécie vers sa base, comme échancrée sur ses bords latéraux au niveau du collet, ce qui la fait paraître élargie dans son segment opposé. On la dirait plantée sur un pivot, et elle figure alors, dit-on, — comparaison un peu forcée — « une sorte de *cheville* aplatie, à pédicule étroit et à sommet évasé ».

C'est là une configuration semblable, identique même, je crois, à celle que M. Parrot a décrite, dans la première dentition, sous les noms d'*atrophie en fer de hache*, de *dent en hache* (1); dénominations meilleures, soit dit incidemment, en ce que la dent ainsi affectée rappelle vraiment assez bien la forme d'un fer de hache ou mieux encore la hache de pierre des temps préhistoriques.

Enfin, dans un degré plus élevé, la dent peut être absolument altérée comme configuration, au point de n'être plus modelée sur le patron d'une dent quelconque, au point de devenir non plus difforme, mais véritablement *informe*.

J'ai vu, par exemple, sur un jeune homme affecté de syphilis héréditaire, une canine inférieure tellement bizarre d'aspect qu'elle ne ressemblait en rien à une dent. C'était une sorte de production ossiforme, très irrégulièrement cylindroïde, jaunâtre, rugueuse, anguleuse, raboteuse. On eût dit un *caillou*, plutôt qu'une dent, implanté dans la gencive.

Hutchinson a observé et représenté un cas de ce genre, où plusieurs dents sont affectées de malformations extraordinaires, que je renonce à vous décrire. En voici du reste la reproduction (2).

M. Magitot, qui a visité à Londres la collection d'Hutchinson, dit y avoir rencontré plusieurs types de ces dents mal conformées, « ayant l'aspect de moignons difformes, de cônes tronqués, de véritables *monstruosités* morphologiques » (3).

Un dernier mot.

L'amorphisme dentaire, dans les différentes variétés qu'il peut affecter, coïncide usuellement avec l'un ou l'autre des deux ordres de malformations précédemment étudiées (érosion et microdontisme), quelquefois même avec l'un et l'autre. Cela est important à noter, car une telle coïncidence est significative et démontre bien que ces trois modalités d'anomalies dentaires sont connexes comme origine, c'est-à-dire dérivent d'une

(1) V. *Progrès médical*, 1881.
(2) *Transactions of the Pathological Society of London*, t. X, 1859.
(3) Études cliniques sur l'érosion des dents, p. 12.

Digitized by Google

seule et même cause. — Comme exemple, je vous rappellerai le cas d'un malade auquel j'ai déjà fait allusion et sur lequel nous avons constaté à la fois : 1° des érosions typiques, notamment l'érosion semi-lunaire des incisives médianes supérieures; — 2° des lésions très accentuées de microdontisme; — 3° des lésions d'amorphisme sur les canines qui, aplaties de corps et tranchantes de sommet, ressemblaient absolument à des incisives.

XV

VULNÉRABILITÉ DU SYSTÈME DENTAIRE.

D'une façon générale on peut dire que la dent affectée par la syphilis, quelle qu'en soit la modalité objective, est une dent *constituée pathologiquement*, qui porte en elle des éléments de déchéance, de destruction. C'est d'essence une dent *vulnérable*, c'est-à-dire prédestinée à des dégénérescences secondaires, et cela pour des raisons diverses que voici.

D'abord, la dent syphilitique est souvent une dent mal protégée, moins défendue qu'à l'état normal contre les influences extérieures. Dans la forme érosive, par exemple, elle n'est recouverte au niveau de la lésion que d'une couche d'émail plus ou moins amincie; quelquefois même elle est partiellement dénudée, auquel cas l'absence totale de l'émail laisse à découvert la dentine sur une certaine étendue. Autant de conditions de vulnérabilité.

En second lieu, la dent érodée n'est pas seulement une dent malade en surface; c'est aussi une dent *malade en profondeur*, vicieusement constituée dans l'intimité de sa texture. A preuve ces zones de dentine *globulaire* qui, comme nous l'avons vu précédemment, la sillonnent dans toute son épaisseur. Pour M. Magitot, « c'est une dent composée de parties dépourvues d'homogénéité et d'équilibre dans les proportions de leurs éléments anatomiques et chimiques ». M. Parrot, en outre, a établi que l'émail de cette dent n'est pas seulement aminci, mais de plus qu'il est affecté pathologiquement, qu'il est « friable, plâtreux, peu adhérent, craquelé (1). »

Parfois encore la dent syphilitique se présente « composée de couches lamelleuses, irrégulièrement superposées, non adhérentes ou faiblement adhérentes entre elles, et rappelant les stratifications de l'écaille d'huître. Par le fait de cette structure irrégulière elle est disposée à s'effriter, à se déliter, à s'écailler ». Cette variété a été désignée par le regrettable Dr Delestre, dentiste distingué, sous le nom de *Dent schisteuse*.

(1) Voir aussi : Descamps, *De l'atrophie dentaire, produite par la syphilis héréditaire chez l'enfant*. (Thèse de Paris, 1882, n° 305.)

Digitized by Google

Enfin, des altérations plus bizarres et encore indéterminées comme nature se rencontrent quelquefois sur nos malades. M. Magitot me racontait récemment qu'il venait d'observer sur un sujet hérédo-syphilitique plusieurs dents si étrangement affectées qu'il n'avait rien vu de semblable jusqu'alors. « C'étaient, me disait-il, des dents absolument *verdâtres*, verdâtres en surface et en profondeur, composées d'une substance peu résistante, friable, tout à fait extraordinaire, inconnue de moi, mais en tout cas éminemment pathologique ».

Toutes ces anomalies, toutes ces défectuosités de structure constituent pour le système dentaire autant de conditions de résistance amoindrie, de vitalité précaire, de destruction facile, de caducité précoce.

Aussi bien la dent syphilitique est-elle habituellement sujette à des dégénérescences secondaires qui, de bonne heure, en modifient l'aspect et en abrègent la durée. Ainsi :

1° *La dent syphilitique présente très fréquemment des lésions de traumatisme* (traumatisme par usure progressive, traumatisme par brisure, éclat, émiettement, etc.).

Et, en effet, les sommets dentaires qu'affecte l'érosion, amincis, partiellement ou même totalement privés d'émail, friables, peu résistants, ne tardent guère à subir l'usure de la mastication, à se casser, à s'égrener, à se détruire.

C'est ainsi que ces petits moignons d'ivoire qui constituent le sommet de certaines dents érodées s'émiettent, se brisent et disparaissent dans l'espace de quelques années, en laissant à leur place une cassure inégale, que polit bientôt la trituration alimentaire.

L'échancrure semi-lunaire d'Hutchinson ne se constitue pas autrement. Nous avons vu qu'à l'origine la dent destinée à présenter plus tard cette malformation spéciale offre un bord libre semé de saillies stalactiformes, de petites éminences coniques, de spinules, etc. Toutes ces aspérités, vestiges du processus érosif initial, disparaissent en peu de temps, en laissant à leur place une échancrure *évidée* que l'usure ne tarde pas à polir.

Tel est également le mécanisme de la *dent courte*, de la *dent en plateau lisse*. Ce type, qui se rencontre si communément sur les premières grosses molaires, n'est que consécutif à l'attrition fonctionnelle du sommet de la dent, c'est-à-dire à la brisure et à la disparition de toute la zone érodée.

Aussi la dent syphilitique prend-elle de bonne heure l'aspect d'une *dent raccourcie* et *usée*, l'aspect de ce qu'on appelle vulgairement la *dent de vieux*. Il n'est pas rare de rencontrer, parmi les malades qui nous occupent, des sujets qui, bien que jeunes encore, présentent plu-

Digitized by Google

sieurs de leurs dents absolument usées à leur sommet, usées comme si on les avait limées, ayant perdu un quart, voire un tiers de leur couronne, et terminées par une surface plane, polie, jaunâtre, où apparaît l'ivoire dénudé.

Comme exemple, je vous citerai une curieuse observation du Dr Chaboux relative à une jeune fille de treize ans (remarquez l'âge), dont les canines et les premières grosses molaires étaient absolument usées, « usées à plat ». La couronne de ces diverses dents avait presque entièrement disparu, au point qu'elle dépassait à peine le rebord des gencives (1).

2° *Les dents syphilitiques sont fréquemment affectées par la carie, et cela dès le jeune âge.*

C'est une loi générale, en effet, que la carie s'attaque de préférence aux dents qui sont imparfaitement protégées par leur couche d'émail, en débutant sur les points les moins défendus, par conséquent les plus vulnérables. A ce titre, l'érosion doit être une prédisposition puissante à la carie. Cette prévision théorique est ultra-confirmée par l'observation. Les dents érodées sont excessivement sujettes à la carie, qui même les envahit de bonne heure, dès le jeune âge, chez nombre de sujets (2).

3° Conséquence : *les dents syphilitiques se détruisent et disparaissent prématurément.*

Pour la première dentition, tout d'abord, il n'est pas rare de rencontrer des enfants qui, dès l'âge de quatre ans, ont leurs incisives absolument cariées.

On a vu les incisives supérieures déjà partiellement détruites dès la seconde ou la troisième année.

Il en est de même pour la seconde dentition. Chez la plupart de nos malades nous avons constaté dès l'adolescence la carie d'un certain nombre de dents frappées d'érosion. Dans un âge un peu plus avancé, il est d'usage de ne plus trouver certaines de ces dents qu'à l'état de tronçons informes, de *chicots*, comme on dit vulgairement.

Les premières grosses molaires sont, entre toutes les dents, les plus exposées à ces dégénérescences secondaires de l'érosion. Elles sont envahies de très bonne heure par la carie et se détruisent souvent dès l'adolescence.

Il est toutefois quelques exceptions aux règles générales que nous venons d'établir. Certaines dents affectées par la syphilis résistent et se

(1) Thèse citée, p. 38.
(2) V. Magitot, Ouvrage cité.

Digitized by Google

conservent longtemps. Citons au premier rang celles qui présentent la variété d'érosion désignée sous le nom d'échancrure semi-lunaire. Il est assez commun de trouver, même dans l'âge adulte, des dents d'Hutchinson qui, en dépit d'entamures plus ou moins profondes de leur bord libre, restent encore indemnes de carie. Nous avions dans nos salles, ces derniers temps, une femme de 57 ans, très certainement hérédo-syphilitique, qui portait encore deux canines inférieures saines, avec un vestige manifeste d'échancrure sur leur sommet.

XVI

Ce qui précède, Messieurs, comprend l'ensemble des manifestations les plus importantes et les plus communes que détermine sur le système dentaire l'influence hérédo-syphilitique.

Je suis loin, certes, d'avoir épuisé le sujet, et nombre de particularités intéressantes me resteraient encore à signaler. Mais je dois et veux me borner. Aussi, élaguant tout ce qui n'est pas strictement indispensable au but que je poursuis, ne ferai-je plus que vous parler des trois points suivants, qu'il y aurait inconvénient à passer sous silence.

I. *Sillons blancs.* — Ce que je qualifie du nom de *sillon blanc* consiste simplement en ceci : une tache blanche, laiteuse, qui, sous forme d'une strie linéaire, parcourt horizontalement la couronne d'une dent.

Figurez-vous une dent saine sur laquelle on tracerait au pinceau une ligne blanche de direction horizontale, et vous aurez une idée à peu près exacte de ce que je vais vous décrire.

Notez d'abord qu'il s'agit ici, à proprement parler, d'une *tache* de la couronne, et non plus, comme dans l'érosion, d'une perte de substance, d'une rainure entaillée dans la dent.

Le sillon blanc se fait sans méplat, comme sans relief, en un mot sans irrégularité de surface. C'est purement et simplement une zone dentaire différente des parties voisines par sa coloration particulière.

Cette coloration est d'un blanc mat, *laiteux, crayeux*, qui tranche d'une façon nette sur la teinte normale de la dent. Quelquefois cependant elle offre un ton plus adouci, simplement opalin.

Caractère non moins spécial : la tache en question a la forme d'une rayure, d'un sillon. Elle est absolument *transverse*, régulièrement *horizontale*.

Comme hauteur, elle mesure un demi-millimètre à un millimètre environ.

Digitized by Google

Comme largeur, elle parcourt toute la surface de la couronne, d'un bord latéral à l'autre bord.

C'est donc, à part l'entaillure, une lésion semblable trait pour trait à ce qu'on appelle l'érosion en sillon. Seulement, c'est un sillon *coloré* et *sans érosion* de la couronne.

Son siège le plus habituel est le couple des incisives médianes supérieures. Et, particularité remarquable, tout à fait significative en l'espèce, alors que le sillon blanc affecte ces deux dents, il les affecte d'une façon absolument symétrique, en s'y produisant au même niveau et sur une même hauteur de la couronne, ce qui constitue une analogie de plus avec l'érosion.

En un mot, le sillon blanc est de tous points le pendant de ces sillons dentaires que nous avons étudiés précédemment. On peut dire que c'en est une simple variété. — Très vraisemblablement aussi, il dérive d'un processus identique à celui de l'érosion, avec de simples différences secondaires de constitution anatomique.

En tout cas, on ne saurait conserver de doutes sur sa relation pathogénique avec la syphilis héréditaire. Je ne prétends pas — ce serait excéder mon expérience sur ce point — que la syphilis soit la seule cause qui le produise (1); mais j'affirme qu'en nombre de cas elle lui sert d'origine, et cela d'une façon bien manifeste. Depuis que mon attention a été appelée sur ces sillons laiteux, je les ai rencontrés sur plusieurs sujets dûment affectés de syphilis héréditaire, et dans des conditions où il était impossible de les rapporter à n'importe quelle autre cause. Il m'est arrivé même de reconnaître, de *dépister* — pardonnez-moi le mot — une syphilis héréditaire rien que par la constatation de tels sillons. A preuve le cas suivant, dont vous avez été témoins et que je vous rappellerai brièvement.

Il y a quelques semaines, une jeune fille de dix-neuf ans entrait dans nos salles pour une simple phthiriase, remarquablement étendue et profuse comme éruption. En examinant cette malade, j'aperçus par hasard (car son affection n'était certes pas de nature à diriger mes recherches de ce côté) deux superbes *sillons laiteux* sur les incisives médianes supérieures. L'un et l'autre occupaient, d'une façon absolument symétrique, la couronne dentaire, parallèlement à son bord libre et sur une hauteur d'un millimètre environ. Tous deux figuraient une rayure blanche horizontale. Celui de droite était d'un blanc crayeux; celui de

(1) Il va sans dire qu'il est question ici exclusivement du véritable *sillon blanc*, tel que je viens de le décrire, et non de ces simples *taches blanches* qui sont si communes sur les dents à l'état de petites mouchetures rondes ou ovalaires, circonscrites, disséminées au hasard, etc. Ces dernières ne comportent aucune signification diagnostique et sont absolument hors de cause pour le sujet actuel.

Digitized by Google

gauche, un peu plus atténué de ton, avait une teinte simplement opaline. Or, curieux de remonter, s'il était possible, à l'origine de cette anomalie, j'ouvris une enquête en ce sens, et vous savez quel en fut le résultat.

Tout d'abord, un premier interrogatoire me découvrit chez notre malade les antécédents les plus suspects, à savoir : éruptions nombreuses et prolongées au cours de la première enfance; — maux d'yeux très tenaces, voire assez graves, à en juger par leur seule durée; — maux d'oreilles; surdité presque complète, ayant duré plus d'un an, etc. Puis, je mandai à l'hôpital la mère de la malade, et j'appris de cette femme : 1° que son mari avait eu la syphilis et s'était marié deux fois; — 2° qu'il avait très vraisemblablement contagionné sa première femme, laquelle, devenue grosse trois fois, avait fait trois fausses couches; — 3° que, pour son compte, elle avait reçu de lui la maladie dès le début de son mariage; — 4° qu'en 1867, par exemple, elle avait été traitée ici même par M. Bazin pour « des plaques muqueuses et une éruption cuivrée » (voyez si les détails sont circonstanciés et précis); — 5° que, trois ans plus tard, elle avait été affectée de nouveaux accidents syphilitiques dans la bouche, etc.; — qu'enfin, de six enfants qu'elle avait eus de son mari, quatre étaient morts, dont trois presque dès leur naissance, etc., etc. — En un mot, d'une part, syphilis des plus authentiques sur le père et la mère de notre malade, attestée par les témoignages les plus catégoriques; et, d'autre part, hérédité spécifique démontrée chez notre malade par l'ordre d'antécédents qu'il est le plus commun de rencontrer en pareil cas.

Or, cette hérédité syphilitique, que nulle manifestation morbide n'accusait pour l'instant, quel signe me l'avait dénoncée, quel indice en l'espèce me conduisit à la suspecter, à la rechercher et à la découvrir? Les *sillons laiteux* des incisives supérieures. Rien autre, je le répète à dessein, n'avait signalé la syphilis à mon attention.

Est-ce assez dire quels services diagnostiques peut rendre, à l'occasion, ce petit signe des sillons dentaires blancs?

II. — Autre point d'ordre absolument différent :

Il est assez commun d'observer chez les hérédo-syphilitiques des *irrégularités d'implantation* ou *de disposition réciproque* de diverses dents.

Les irrégularités d'implantation consistent en ce fait que certaines dents sortent de leurs alvéoles avec une direction vicieuse et se présentent tantôt comme tordues sur leur axe, tantôt inclinées obliquement en divers sens.

Cette anomalie, à coup sûr, n'est que banale et vulgaire. Ce qu'elle

Digitized by Google

offre de curieux seulement, c'est la fréquence avec laquelle elle se produit sur nos malades.

L'une de ses variétés, cependant, est quelque peu spéciale. Ainsi les incisives médianes supérieures affectées d'échancrure semi-lunaire se présentent fréquemment avec une *obliquité convergente* qui constitue, comme vous le savez déjà, un des attributs de ce qu'on appelle les dents d'Hutchinson.

En second lieu, les dents syphilitiques sont parfois *espacées* d'une façon tout à fait singulière, c'est-à-dire séparées les unes des autres par de larges espaces vides qui constituent comme des lacunes dans l'arcade dentaire.

Sur nombre de malades, les incisives (surtout celles de la mâchoire inférieure) sont largement distantes, distantes de l'une à l'autre et distantes également des canines ; ce qui ne laisse pas d'imprimer à la physionomie un aspect disgracieux et vieillot.

Ces *lacunes interstitielles* de l'arcade dentaire ne sont pas toujours dues à ce que les dents, plus ou moins réduites de volume, laissent entre elles des intervalles proportionnels à leur petite taille. Elles ont bien plus fréquemment leur origine dans un écartement vicieux des alvéoles, c'est-à-dire dans une *malformation osseuse*, laquelle, je dois l'avouer, n'a pas encore été étudiée anatomiquement. Les os, donc, se trouvent en cause ici, et nous allons voir qu'en effet, ils ont parfois leur part dans la genèse de diverses anomalïes dentaires.

III. — Il n'est pas que les dents qui soient affectées par le principe hérédo-syphilitique. Les *os* qui supportent les dents, c'est-à-dire les maxillaires, subissent aussi parfois l'influence de la diathèse.

C'est ainsi que fréquemment on a rencontré les maxillaires *malades* sur des enfants issus de parents syphilitiques. M. Parrot, qui a étudié et, je puis dire, approfondi cette partie spéciale de la question, a constaté maintes et maintes fois des lésions osseuses des maxillaires en coïncidence avec diverses malformations des dents. Il pose même en principe que « les maxillaires les plus malades, les plus chargés d'ostéophytes, sont ceux qui contiennent les dents le plus gravement affectées » (1). Et voici plusieurs pièces de sa belle collection qui légitiment amplement la proposition énoncée par mon savant collègue.

D'autres observateurs ont signalé de même des lésions des maxillaires dans la syphilis congénitale. Hutchinson, par exemple, a vu, sur un jeune enfant, une lésion osseuse du rebord alvéolaire déterminer d'abord une tuméfaction suppurative de la gencive, puis l'expulsion de quatre

(1) *Progrès médical*, 1881.

Digitized by Google

incisives en voie de formation, et, finalement, l'issue d'un gros séquestre, constitué par « une portion considérable de l'arcade dentaire (1). »

Dans un autre cas relaté par le même auteur, la couronne d'une incisive médiane supérieure fut expulsée par une périostite suppurative (2).

C'est non moins manifestement à des lésions de même ordre qu'il convient de rapporter certaines anomalies ou certains arrêts de développement des arcades dentaires qu'on a parfois rencontrés chez les mêmes sujets.

Comme exemple, voyez ce jeune homme qui, affecté de divers accidents de syphilis héréditaire, présente, en même temps que des malformations dentaires très accentuées, une disposition bizarre de la mâchoire inférieure. Cette mâchoire, au lieu de s'inscrire en dedans de la supérieure lorsque la bouche est fermée, déborde et enclave dans sa moitié droite l'arcade dentaire supérieure.

Un autre fait, plusieurs fois remarqué, consiste dans la malformation de l'arcade dentaire supérieure, au niveau du segment correspondant aux incisives et aux canines. Cette arcade se présente là incomplètement développée comme hauteur, de sorte que, dans l'occlusion de la bouche, les incisives des deux mâchoires n'arrivent pas à s'emboîter, voire à se toucher quelquefois. Moon signale ce « défaut de développement vertical du maxillaire supérieur » comme une particularité qu'il n'est pas rare de rencontrer chez les syphilitiques héréditaires (3). — De même, M. Lannelongue a relaté l'observation d'un malade hérédo-syphilitique chez lequel le rebord alvéolaire supérieur était à peine développé.

Enfin, c'est encore à des lésions osseuses qu'il me paraît légitime d'imputer quelques autres anomalies d'ordre plus rare, comme par exemple l'absence permanente de certaines dents.

Vous trouverez noté dans plusieurs observations que telle ou telle dent, soit une incisive ou une canine, « n'a jamais poussé ». Parfois même, mais ceci n'est plus qu'exceptionnel, plusieurs dents font symétriquement défaut. Certains sujets présentent de la sorte à la mâchoire inférieure ce qu'on appelle « la barre du cheval », c'est-à-dire un large espace vide entre les incisives permanentes et les premières molaires. Cette anomalie serait pour M. Parrot le résultat d'un véritable processus atrophique du maxillaire.

(1) *Transactions of the Pathological Society of London*, 1858, t. IX.
(2) *The British medical Journal*, 1879, t. II, p. 989.
(3) Travail cité, *Progrès dentaire*, 1877.

Digitized by Google

XVII

Au terme de cet exposé, un dernier point me reste à mettre en discussion.

Au total, quelle est, en ce qui nous concerne, la signification diagnostique de toutes ces anomalies, de toutes ces malformations dentaires dont je viens de vous parler?

Eh bien, à ce propos, je n'aurai qu'à vous répéter ce que je vous disais précédemment au sujet de l'érosion en particulier, à savoir :

1° Que le microdontisme, l'amorphisme dentaire, les sillons laiteux et toutes ces irrégularités de disposition ou de structure qui viennent de nous occuper, ne constituent en rien des signes pathognomoniques de syphilis héréditaire.

Non, très sûrement non, aucun de ces signes n'est suffisant par lui seul à attester une origine syphilitique. Et cela pour une raison très simple, c'est que toutes ces lésions peuvent se rencontrer indépendamment de la syphilis, sur des sujets non entachés de cette tache originelle spéciale.

Que les causes morbides étrangères à la syphilis qui président à la genèse de ces diverses lésions soient encore inconnues ou mal connues pour la plupart, cela ne fait pas l'ombre d'un doute. Mais n'importe; ces causes existent; elles existent forcément, et viendra un jour où elles seront déterminées. — Notez bien, en effet, qu'il s'agit ici encore de lésions banales, dérivant en toute évidence d'un trouble nutritif ou d'un arrêt de développement. Or, qui voudrait se prêter à croire qu'un trouble nutritif ou qu'un arrêt de développement, processus d'ordre commun et banal par excellence, puisse ne dériver que de la syphilis comme cause unique et exclusive?

2° Mais, cela reconnu, il ne reste pas moins certain que, d'une part, la syphilis est susceptible de servir d'origine à de telles lésions, et que, d'autre part, elle constitue même une cause des plus actives pour les réaliser. C'est là, en effet, ce qui ressort de l'observation clinique. Et je puis dire qu'étant donné un malade affecté d'une des malformations dentaires précédentes, il y a toujours de nombreuses chances pour rencontrer la syphilis héréditaire dans ses antécédents.

De là cette conclusion terminale, la seule à laquelle je veuille aboutir pour ma part : c'est que les malformations dentaires en question sont éminemment propres à *éveiller le soupçon* d'une hérédité syphilitique et à diriger en ce sens les investigations du clinicien.

Elles n'attestent pas sûrement la syphilis par elles seules, mais elles doivent toujours la faire suspecter. Elles *ouvrent une voie diagnostique*,

Digitized by Google

et c'est alors affaire au médecin de démêler par un examen général des malades, par une analyse minutieuse des antécédents, si le soupçon né de ce signe spécial est ou non justifié par l'ensemble clinique.

Telle est exactement, messieurs, la signification diagnostique de toutes ces anomalies dentaires. Et ne leur demandez rien de plus, car ce serait excéder la mesure de ce qu'elles peuvent vous fournir. Gardez-vous bien surtout d'en surfaire la valeur, à l'instar de quelques-uns de nos confrères qui n'ont pas craint de les donner comme « des signes pathognomoniques en l'espèce, » comme « des témoignages authentiques de syphilis héréditaire ». Ce sont là des assertions téméraires et non justifiées; ce sont là des exagérations propres à compromettre les meilleures causes.

Une comparaison pourra vous donner une juste idée de ce que vous avez à attendre, au point de vue séméiologique, de ces anomalies dentaires. Le point de côté, que je prendrai pour exemple, ne constitue en rien, certes, un signe pathognomonique de la pleurésie, et cela parce qu'il peut résulter de nombre d'autres affections bien connues. Ce qui n'empêche cependant, d'une part, qu'il ne soit un bon signe de pleurésie; ce qui n'empêche, d'autre part, qu'il ne soit un signe essentiellement propre à *donner l'éveil*, à diriger les recherches du médecin vers une lésion pleurale.

Eh bien, considérez au même titre absolument, Messieurs, les malformations dentaires qui viennent de nous occuper. Elles, non plus, n'attestent en rien d'une façon spéciale et exclusive la syphilis héréditaire; mais elles aussi sont des manifestations fréquentes de syphilis héréditaire, et elles aussi surtout constituent des signes essentiellement propres à exciter un soupçon, à ouvrir une piste diagnostique.

Donc, profitons-en dans la juste mesure où elles peuvent nous servir, sans en exagérer la valeur, et prenons-les pour ce qu'elles sont exactement, à savoir : des indices séméiologiques, susceptibles d'apporter un utile appoint au diagnostic rétrospectif de la syphilis héréditaire, et susceptibles plus encore *de la dénoncer à l'attention du médecin.*

Elles comportent donc, en ce qui nous concerne, un intérêt de premier ordre, et cela légitimera à vos yeux, je l'espère, les longs développements que j'ai cru indispensable de leur consacrer ici.

Digitized by Google

II.

A PROPOS DU TRAITEMENT DU PHAGÉDÉNISME DU CHANCRE SIMPLE PAR L'ACIDE PYROGALLIQUE.

Note par le Dr **BROCQ.**

Nous n'avons aucun document personnel nouveau à publier pour élucider la question du traitement du phagédénisme du chancre simple par l'acide pyrogallique; mais, pendant notre séjour à l'hôpital Saint-Louis, nous avons été témoins de quelques guérisons obtenues rapidement et sans complications d'aucune sorte par M. le Dr Vidal au moyen de cette substance; aussi avons-nous été assez étonnés de voir qu'un de nos distingués confrères, M. Bottey, contestait dans un récent article la valeur de cet agent (1). Une lecture attentive de ce travail nous a permis d'y reconnaître certaines causes d'erreur rendant parfaitement compte des différences qui existent entre les résultats de M. Bottey et ceux de M. le Dr Vidal. Aussi croyons-nous utile de les signaler.

M. Bottey ne s'est, en effet, servi ni des mêmes doses, ni des mêmes préparations d'acide pyrogalliques que M. le Dr Vidal, et d'autre part, ses observations ont été prises de telle sorte qu'on ne peut en tirer aucune conclusion sérieuse sur la valeur de la préparation employée.

Quand on veut vérifier des résultats déjà obtenus avec un médicament, il est de règle qu'on l'administre à la dose et sous la forme recommandée par celui qui s'en est déjà servi, sauf plus tard à faire de son côté de nouveaux essais : si l'on ne prend pas ces précautions indispensables, on ne peut être en droit de conclure contre le précédent expérimentateur. Or, dans la note qu'il a publiée sur l'acide pyrogallique (2), M. le Dr Vidal insiste tout particulièrement sur la façon dont il faut l'employer, il y rappelle qu'il a essayé le pyrogallol en substance, en solution dans l'eau ou dans l'alcool, et il ajoute qu'il s'est arrêté aux deux préparations suivantes : 1° *la pommade au* 5me, préparation que M. Terrillon (3) a été conduit à adopter exclusivement, après lui avoir donné plus de consistance en lui incorporant de la poudre d'amidon; 2° *la poudre au* 5me,

(1) Voir les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 25 août 1883, p. 432.
(2) Voir *Bulletin de thérapeutique*, 30 janvier 1883, p. 49.
(3) Voir *Bulletin de thérapeutique*, 15 mai 1881, p. 403.

Digitized by Google

préparation que M. Vidal réserve exclusivement pour les cas où il y a des anfractuosités profondes avec phagédénisme ; mais, ajoute-t-il, pour le petit chancre simple la pommade est préférable à la poudre. — C'était donc la pommade au cinquième que M. Bottey devait expérimenter; aussi n'avons-nous pas été médiocrement surpris de voir que notre collègue voulant vérifier la valeur de l'acide pyrogallique préconisé par M. le Dr Vidal a « *rejeté la pommade, étant donnée l'action généralement mauvaise des topiques gras sur les chancres simples,* » et s'est servi de *solutions d'acide pyrogallique au* 10me *et au* 20me ou d'un mélange *de poudre d'amidon et de pyrogallol soit au* 10me *soit au* 20me.

Ainsi donc il n'a employé ni les doses prescrites, ni le mode de préparation préconisé par MM. Vidal et Terrillon ; par suite les faits qu'il publie ne peuvent rien prouver contre les recherches des auteurs précédents. Entre une pommade au 5me et une solution ou une poudre de la même substance au 10me ou au 20me, il y a vraiment trop de différence pour qu'il soit permis de juger des effets de la pommade d'après les effets de la solution ou de la poudre. Les résultats obtenus par M. Bottey, en admettant qu'ils fussent inattaquables, ne pourraient prouver qu'une seule chose : que les solutions et que les poudres d'acide pyrogallique au 10me ou au 20me ne sont pas efficaces contre le chancre simple; elles ne pourraient en rien infirmer les propositions émises par MM. Vidal et Terrillon.

Mais alors même que notre confrère se serait servi de la pommade au 5me, son travail ne permettrait pas, ce nous semble, de conclure contre les auteurs précédents, car les observations sur lesquels il s'appuie ne démontrent absolument rien de précis.

M. le Dr Vidal dans son mémoire dit que l'acide pyrogallique « *en* « *détruisant la virulence du chancre simple en empêche l'extension,* « *en arrête le phagédénisme et le transforme rapidement en une plaie* « *ordinaire.* » Une fois cet effet obtenu, M. le Dr Vidal ne continue pas l'acide pyrogallique, il panse la plaie à l'iodoforme ou au sous-carbonate de fer. L'acide pyrogallique n'est donc pas pour lui dans le pansement du chancre simple un topique cicatrisant, mais un modificateur de la nature de la plaie, un agent destructeur du virus. De leur côté, MM. Terrillon, Lermoyez, et Hitier s'expriment en ces termes (V. *loc. cit.*, p. 409) : « dès que le *nivellement du chancre est opéré,* « *l'acide pyrogallique perd toute son influence; on est en présence* « *d'une plaie simple, réclamant le pansement chirurgical...* Nous em- « ployons alors comme tout pansement une simple poudre isolante, le « talc, et ce n'est que dans le cas où un phagédénisme grave a laissé à « sa suite une plaie étendue qne nous appliquons un vulgaire pansement « phéniqué ou au chloral... Tout chancre touché par l'acide pyrogallique

Digitized by Google

« perd sa virulence; dès la deuxième application, il cesse d'être inocu-
« lable. »

Le rôle de l'acide pyrogallique consiste donc essentiellement pour ces auteurs à *détruire la virulence du chancre simple, à le transformer en une plaie ordinaire*. Si donc on veut démontrer que l'acide pyrogallique ne possède pas cette propriété, il faut choisir un chancre simple en pleine évolution, l'inoculer pour être sûr de sa virulence, puis le traiter méthodiquement par la pommade à l'acide pyrogallique au 5me, inoculer enfin la plaie consécutive, et, suivant que cette dernière inoculation sera négative ou positive, on concluera pour ou contre les auteurs précédents.

Nous avons vainement cherché ce mode si simple d'expérimentation dans les observations de M. Bottey. Dans l'observation I on commence par traiter le bubon chancreux avec de l'iodoforme, et la cicatrisation a déjà commencé à se faire lorsqu'on essaye l'acide pyrogallique. Mais rien ne nous dit que ce bubon fût encore chancreux ; pourquoi ne l'a-t-on pas inoculé avant d'employer l'acide pyrogallique, puisque la seule indication de cet agent est précisément de détruire la virulence chancreuse de l'ulcération ? Trois jours après, on supprime la solution au 10me d'acide pyrogallique en notant que la plaie n'a pas été modifiée. Qu'en sait-on ? a-t-on fait une inoculation pour le démontrer ? et ne sommes-nous pas en droit de nous étonner de voir poser si catégoriquement cette affirmation d'impuissance de la solution, même au 10me, d'acide pyrogallique, alors qu'on n'a rien fait pour la vérifier ?

Nous ne voulons pas nous attarder à examiner successivement les huit autres observations publiées dans ce mémoire ; elles sont toutes, sans exception aucune, passibles des mêmes objections. Elles sont tout à fait incomplètes et manquent des détails les plus indispensables pour juger de la valeur de l'acide pyrogallique au 10me, soit en solution, soit en poudre : l'auteur n'a pas fait une seule inoculation ni avant ni après les applications de cette substance. Quelque incomplets que soient ces documents, ils semblent cependant au premier abord démontrer que les applications d'acide pyrogallique provoquent de très vives douleurs : elles empêcheraient les malades de dormir, et elles obligeraient presque toujours à supprimer le pansement. Ces phénomènes douloureux ont en effet été notés 7 fois sur 9 cas par M. Bottey, et ils ont nécessité la suppression du traitement trois fois au bout de 3 jours, 4 fois au bout de 8 à 10 jours. L'acide pyrogallique aurait même dans un cas (obs. III) déterminé un phlegmon diffus, et dans un autre (obs. IV), un érythème inflammatoire, et cela, ajoute notre confrère, malgré la faiblesse des doses employées.

Digitized by Google

Nous avouons que ces accidents nous paraissent fort étranges : nous avons vu M. le Dr Vidal traiter des chancres phagédéniques par la pommade à l'acide pyrogallique au 5me, jamais nous n'avons observé les douleurs intolérables signalées par M. Bottey. MM. Terrillon, Lermoyez et Hitier de leur côté ne les ont jamais notées (V. *Loc. cit.*, p. 407) : ils insistent au contraire sur le peu de réaction douloureuse que produit la pommade au 5me appliquée sur une ulcération *chancreuse*. Ils seraient même assez portés à croire que les applications d'acide pyrogallique sont plus douloureuses sur les plaies non chancreuses que sur les plaies chancreuses.

Il est impossible de négliger complètement des faits observés par des expérimentateurs de la valeur de MM. Vidal et Terrillon : on est dès lors obligé de conclure que les phénomènes douloureux signalés par M. Bottey tiennent ou bien à ce qu'il s'est servi d'acide pyrogallique impur, malgré l'assertion de M. le pharmacien de son service, ou bien à ce qu'il a adopté un mode de pansement tout particulièrement irritant. Il est assez étrange de voir qu'il a employé exclusivement la poudre au 10me sans aucun autre topique antérieur chez quatre de ses malades, et que, chez deux d'entre eux, ces applications n'ont causé aucune douleur; tous ceux qui ont été pansés avec la solution, et chez lesquels on avait antérieurement expérimenté d'autres topiques, ont éprouvé au contraire des douleurs intolérables.

Quant aux érythèmes inflammatoires, aux phlegmons diffus, ni M. Vidal ni M. Terrillon n'en ont observés, bien qu'ils se soient servis de préparations d'acide pyrogallique au 5me. Ces phénomènes insolites s'expliqueraient assez bien, ce nous semble, par une des hypothèses que nous avons émises plus haut.

On trouve dans les observations de M. Bottey une autre particularité bien étrange, que l'on peut il est vrai expliquer jusqu'à un certain point, par des questions de susceptibilité individuelle, mais qui vient malheureusement confirmer nos doutes sur la valeur des préparations d'acide pyrogallique dont notre confrère s'est servi. Comment comprendre, en effet, qu'un même agent médicamenteux ne puisse plus être supporté au bout de 3 jours par les malades I, IV, V, et au bout de 8 ou 10 jours par les malades II, III, VI, IX ; comment comprendre qu'il cause, grâce à ses propriétés essentiellement irritantes, un érythème inflammatoire chez le malade n° IV et chez le malade n° III un phlegmon diffus, tandis qu'on peut l'appliquer pendant *vingt-quatre jours de suite* sur les bubons chancreux du n° VII, sur les trois chancres simples du n° VIII, sans causer la moindre douleur, la moindre réaction inflammatoire, la moindre modification de la plaie ? Cela paraît au moins étrange ; car, s'il est re-

Digitized by Google

connu que les topiques n'agissent pas toujours d'une manière absolument identique sur les plaies de même nature suivant les individus, il est néanmoins on ne peut plus insolite d'observer de la part du même caustique des effets aussi différents.

Ajoutons enfin que dans l'esprit de M le Dr Vidal l'acide pyrogallique est surtout utile dans le traitement du chancre simple quand il s'agit d'arrêter un phagédénisme ; or M. Bottey n'a expérimenté cette substance que dans un seul cas de phagédénisme (obs. IV), et le phagédénisme a été arrêté. Il est vrai qu'il s'est en même temps produit un phlegmon diffus auquel on pourrait à la rigueur attribuer la guérison.

On voit donc en somme que les observations de notre collègue manquent des détails les plus indispensables pour faire apprécier les soins apportés aux pansements, et qu'elles n'ont pas le contrôle nécessaire, indispensable, de l'inoculation avant et après l'emploi du médicament. Rempliraient-elles ces conditions, le travail de M. Bottey ne pourrait encore rien prouver contre les recherches de MM. Vidal, Terrillon, Lermoyez et Hitier, parce qu'il n'a pas employé les préparations recommandées par ces auteurs, et les doses qu'ils ont prescrites.

M. Bottey, auquel nous avons communiqué la note de M. le Dr Brocq, nous a prié de vouloir bien insérer ces quelques lignes de réponse.

« Nous n'avons eu d'autre but que de prévenir nos confrères que l'application de l'acide pyrogallique pouvait occasionner des accidents inflammatoires très graves et provoquer des douleurs assez vives pour forcer le médecin à renoncer à son emploi. Les doses que nous avons employées (pour ne parler que de la poudre) étaient beaucoup plus faibles que celles conseillées par M. le Dr Vidal ; il est donc difficile d'admettre qu'à plus fortes doses les douleurs eussent été moins vives. »

Digitized by Google

RECUEIL DE FAITS

OBSERVATION DE NŒVUS VERRUCOSUS UNIUS LATERIS.

Par le Dr **L. BROCQ** et **GUSTAVE RIVET**, interne des hôpitaux de Paris.

Nous croyons devoir publier l'observation suivante de nœvus, à cause de l'énorme étendue de la lésion, et de sa limitation presque absolue à tout le côté droit du corps. Sur le tronc en particulier, elle s'arrêtait exactement à la ligne blanche et avait en ce point un bord rectiligne et saillant des plus nets; de plus elle était disposée sur les membres supérieurs et inférieurs droits suivant certaines lignes longitudinales correspondant jusqu'à un certain point, mais non d'une façon tout à fait précise, au trajet de certains nerfs cutanés.

F... Jean, âgé de 29 ans, terrassier, entre au mois de novembre 1882 aux baraquements de l'hôpital Cochin, n° 23, service de M. Th. Auger, pour des traumatismes multiples. Il a été en effet surpris pendant son sommeil par un éboulement de terrain, et il présente une fracture du maxillaire inférieur, une plaie de l'oreille droite assez profonde pour pénétrer jusqu'au conduit auditif externe, enfin une énorme bosse sanguine à l'épaule.

Nous passerons complètement sous silence le côté chirurgical de son observation, pour ne nous occuper que d'une malformation cutanée excessivement étrange dont il est atteint depuis sa naissance et qui doit être rangée dans la grande classe des nœvi; elle occupe presque exclusivement tout le côté droit du corps, sauf à la tête, où elle empiète un peu sur le côté gauche.

Cuir chevelu. — Le côté gauche du cuir chevelu est à peu près normal, toute la partie latérale droite est rugueuse, mamelonnée, comme verruqueuse, un peu rouge et recouverte d'un enduit sébacé qui engaine les cheveux. Ceux-ci sont rares, irrégulièrement plantés, d'un blond assez pâle, minces et frisotants. Cette lésion empiète un peu sur la partie latérale gauche vers le vertex et vers l'occiput.

Face. — Sur la partie latérale droite du front, à deux centimètres environ de la ligne médiane, la peau est épaissie; on trouve d'abord une zone rouge de un centimètre de large au niveau de laquelle les orifices glandulaires sont beaucoup plus dilatés que sur la peau saine, puis, un peu plus en dehors, une zone d'une couleur rouge brun où l'épaississement est plus prononcé et où le derme est sillonné de plis irréguliers sur lesquels se rencontrent de petites saillies verruqueuses; les poils y sont développés et d'un blond clair.

Digitized by Google

Sur la partie latérale droite du nez, la peau est plus rouge, plus mamelonnée, plus épaissie encore. *Ces lésions sont exactement limitées à la ligne médiane.*

Sur la joue droite, se voient des saillies inégales d'un jaune transparent, groupées de façon à former de petites saillies irrégulières confluentes vers le sillon naso-génien, et constituant une sorte de tumeur allongée, bosselée, de coloration un peu jaunâtre sur laquelle on aperçoit très nettement les orifices des glandes dilatés.

A la partie inférieure de la paupière droite se trouvent de petits molluscums de cinq à six millimètres de longueur sur deux millimètres de largeur environ.

L'oreille droite présente à sa partie supérieure une plaque de la grandeur d'une pièce de deux francs, au niveau de laquelle les papilles sont très hypertrophiées.

Ces lésions n'existent pas sur le côté gauche de la face, mais on en retrouve quelques traces vers l'oreille gauche, vers la partie inférieure de la région mastoïdienne, et vers la région parotidienne gauche.

Cou. — A la partie postérieure du cou, on remarque une série d'excroissances composées de petites tumeurs molles, pédiculées, atteignant jusqu'à un centimètre de longueur, fort irrégulières comme largeur, car la plupart sont soudées entre elles de façon à former des sortes de paquets inégaux. Elles constituent dans leur ensemble des plaques irrégulières, onctueuses au toucher, séborrhéiques, de couleur variable; les unes rosées (ce qui est la coloration normale), les autres brunâtres par suite de l'enduit séborrhéique et crasseux qui les recouvre. Elles occupent toute la partie latérale droite du cou, et y forment plusieurs plaques séparées entre elles par d'étroits intervalles de peau saine. Elles empiètent un peu sur la partie latérale droite du dos, où il y en a quelques-unes qui sont complètement isolées; elles y ont un degré moindre de développement : elles y sont plus régulières, plus confluentes; les éléments papillomateux y sont moins volumineux, muriformes.

Thorax. — La partie latérale droite du thorax est, en arrière, d'une coloration un peu plus foncée que la partie latérale gauche. Elle est d'un jaune brunâtre, la peau est épaissie par places, et, autour des follicules pileux, se voient des sortes de petites papules jaunâtres. Ces lésions ne couvrent pas d'une manière uniforme toute la partie latérale droite du tronc; en certains points, les téguments reprennent leur aspect normal et forment des bandes irrégulières de tissu sain. Les altérations cutanées s'accentuent à mesure que l'on passe de la partie postérieure à la partie antérieure du tronc : elles atteignent leur maximum vers la ligne médiane de la partie antérieure où elles *s'arrêtent brusquement* en formant un rebord très net. Elles y sont constituées par des sortes de petites élevures irrégulières, jaunâtres, confluentes, et formant par leur confluence des sortes de lignes horizontales parallèles, séparées les unes des autres par des sillons de 1 millimètre de hauteur environ. Les poils y sont beaucoup plus développés que du côté opposé. En s'éloignant de la ligne médiane, ces plaques deviennent beaucoup plus irrégulières, bien qu'elles soient constituées par les mêmes petites élevures à grand diamètre horizontal variant de 1 à 3 ou 6 millimètres, à petit diamètre vertical variant de 1 à 2 millimètres. La consistance en est mollasse, elles paraissent onctueuses et comme séborrhéiques au toucher :

Digitized by Google

tandis que vers la ligne médiane antérieure elles forment une nappe continue, elles ne constituent plus que des bandes irrégulières séparées par des intervalles de peau saine au niveau de la ligne axillaire, et elles vont, en s'affaissant d'une manière insensible, se confondre graduellement avec les lésions tout à fait superficielles du dos. Le mamelon droit est pris.

Abdomen — On retrouve sur l'abdomen à peu près les mêmes lésions que sur la poitrine; elles sont *toujours limitées au niveau de la ligne blanche par un rebord très net.* L'ombilic est transformé en une sorte de papillome volumineux de 1 centimètre et demi de diamètre.

Membre supérieur droit. — Le bras droit est très irrégulièrement pris par le nœvus. A la partie interne la peau est normale, vers la partie supérieure de cette partie interne on trouve cependant quelques taches qui se propagent dans l'aisselle, point où les papilles atteignent un maximum de développement comparable à celui qu'elles ont à la partie latérale droite du cou. Sur la partie externe du bras on trouve quelques taches pigmentaires allongées, l'une à la partie antéro-externe, l'autre à la partie postéro-externe; elles sont constituées par un peu d'épaississement de la peau, par de petites saillies analogues à celles de l'abdomen et qui semblent en certains points se former autour des follicules pileux. De petites stries horizontales divisent ces taches en petites bandelettes sur lesquelles se voient en certains points des sortes de papules plus élevées. Ces lésions deviennent verruqueuses au niveau de l'olécrâne dans une étendue de quelques centimètres.

Sur l'avant-bras elles forment plusieurs traînées irrégulières très étroites mais fort longues. L'une d'elles, partant de l'épaule, aboutit à l'espace interdigital qui sépare le pouce de l'index. La paume de la main droite est recouverte de lamelles cornées beaucoup plus épaisses que celles de la main gauche. Il y a des saillies verruqueuses sur la face dorsale des articulations métacarpo-phalangiennes et phalango-phalanginiennes; en certains points elles sont tout à fait cornées; sur quelques doigts, ces saillies sont beaucoup plus étendues et forment des traînées longitudinales affectant tout à fait l'aspect de papillomes.

Membre inférieur droit. — Au niveau de l'aine droite et sur le côté droit du scrotum, les lésions ont le même aspect qu'à l'aisselle ou au cou. Elles ont presque le même développement à la partie interne de la cuisse droite; elles y sont disposées en lignes longitudinales séparées par des intervalles de peau saine. Sur la partie antérieure de la cuisse, elles sont analogues à celles de l'abdomen; elles y forment une grande plaque de 12 à 15 centimètres de diamètre en tous sens, que des lignes irrégulières réunissent aux plaques abdominales. A mesure que l'on s'éloigne de la région interne et supérieure de la cuisse, les lésions deviennent moins prononcées comme coloration et comme saillies papillomateuses, et elles arrivent à la partie externe et postérieure de la cuisse à ne constituer que des sortes de taches pigmentaires disposées soit en larges bandes irrégulières longitudinales, soit en petites plaques disséminées. Vers la partie externe du membre, elles ne descendent pas jusqu'au genou. Vers sa partie interne au contraire, elles se prolongent en s'effilant jusqu'au niveau du condyle interne du fémur. A la partie postérieure de la jambe on remarque une longue bande longitudinale, ayant à peine 1 centimètre de large qui descend jusqu'au mollet; un peu plus en dehors, une deuxième bande un peu plus large et beaucoup plus longue que la précédente s'étale vers la partie médiane du mollet, puis se

Digitized by Google

prolonge jusqu'au tendon d'Achille au niveau duquel elle se divise en deux branches, l'une qui contourne la malléole interne, y forme quelques saillies verruqueuses, et se perd sur la face plantaire du pied; l'autre qui contourne la malléole externe et s'étale en mourant sur la face dorsale du pied.

D'après cette description, on voit donc que la lésion n'était pas partout absolument uniforme; elle présentait toutefois trois caractères dominants : 1° son unilatéralité, 2° une teinte brunâtre très nette des parties envahies, 3° une hypertrophie très marquée, verruqueuse, des papilles du derme; aussi avons-nous cru devoir donner à ce cas le nom de *nævus verrucosus unius lateris* : d'après Ch. Simon, ce serait un *nævus verrucosus nerveux*, d'après Baerensprung ce serait un *papillome névropathique unilatéral*, d'après Gerhardt ce serait un *papillome essentiel névropathique*.

Digitized by Google

REVUE DE DERMATOLOGIE

I. — Fièvre zoster et exanthèmes zostériformes. Leçon clinique de M. Landouzy, recueilli par Josias (*Semaine médicale*, 20 sept. 1883).

II. — Le zona, par le Dr Paul Fabre (de Commentry), (in-8° de 245 pages, Paris, 1882, Oct. Doin, libraire-éditeur).

III. — Observations d'herpès zoster, par Henry Wetherill (*Philadelphia medical Times*, 24 mars 1883, p. 430).

La nosographie du zona a quelque peu souffert de l'intérêt exclusif qui, depuis 25 ans, s'attache à l'étude de sa pathogénie. Les recherches modernes ont sur ce dernier point fourni des résultats concluants et l'on sait aujourd'hui que le zona n'est que l'expression cutanée d'un trouble nerveux de nature irritative, portant soit sur les nerfs sensitifs périphériques, soit sur les ganglions qui constituent leur centre trophique : en un mot la dermopathie est la traduction d'une neuropathie (Voir sur cette question la Revue générale de H. Barth., *Ann. de dermat.*, nos 3 et 4, 1882).

Mais multiples sont les circonstances dans lesquelles survient l'éruption : diverses surtout sont les neuropathies qui lui donnent naissance. L'affection peut survenir spontanément, et l'on supposait naguère que comme la névralgie qui souvent l'accompagne, elle était la conséquence d'un coup de froid. Ailleurs un traumatisme, une lésion déterminée d'un nerf périphérique ou de l'axe médullaire sont les causes matériellement contestables de l'exanthème ; d'où la division classique en zona spontané ou idiopathique, et en zona symptomatique ou secondaire.

Dans une remarquable leçon clinique faite à la Charité, le docteur Landouzy vient de fournir un aperçu nouveau sur la signification nosologique du zona dit spontané primitif, *à frigore*. Pour ce savant clinicien, le zona n'est pas une affection purement locale et accidentelle, c'est l'expression locale d'une maladie générale, de nature infectieuse, ainsi qu'en témoignent divers arguments tirés de l'étiologie, de l'évolution et de la pathologie générale.

Un premier fait avait frappé et fort intrigué les cliniciens et les dermatologistes : le *zona spontané ne récidive pas*. Sur un point il paraît y avoir accord complet entre les auteurs modernes : Neumann, Kaposi,

Digitized by Google

P. Fabre, Duhring. L'annotation suivante faite par MM. Ernest Besnier et A. Doyon à la traduction de Kaposi, signale l'importance de cette particularité et le desideratum qu'elle constitue.

« Cette unicité du zona est tout à fait inexplicable dans la théorie trophique ; elle est cependant absolument exacte. Nous n'avons jamais observé de récidive du zona, et le professeur Hardy, dont nous avons interrogé la vaste et longue expérience, en a à peine vu deux ou trois exemples ; c'est-à-dire que le zona récidive infiniment moins que la variole ou la scarlatine. Voilà, assurément, qui est de nature à susciter plus d'une réflexion, et qui ne peut être réellement compris dans l'état actuel de la science. »

Abordant hardiment le problème, M. Landouzy a cherché sa solution dans la pathologie générale. Quelles sont, se demande-t-il, les maladies qui ne récidivent pas ? Ce sont les maladies générales infectieuses, les unes comme la scarlatine, la variole, la rougeole, la fièvre typhoïde qui prennent réellement possession de tout l'organisme ; les autres, qui, en dépit de leur caractère également infectieux, ont une symptomatologie circonscrite : tels les oreillons, la coqueluche. Or, toutes ces maladies générales ont le privilège de l'*unicité*, parce qu'elles confèrent l'*immunité*, parce que malgré leur apparente localisation, elles ont imprégné de telle manière nos tissus et nos humeurs, qu'elles en ont fait un milieu réfractaire pour l'agent morbigène qui préside à leur développement.

La pathologie générale enseigne que l'immunité est l'apanage des seules maladies qui sont à la fois générales et infectieuses. Elle ne leur appartient pas à toutes, mais elle ne se retrouve pas en dehors d'elles. A cet égard, le zona présente les conditions requises, et ne peut être envisagé que comme une maladie ayant sa place marquée à côté des fièvres éruptives, typhoïde, ourlienne, etc.

Mais est-il réellement possible d'attribuer à ce très minime exanthème le rang de maladie dans la hiérarchie nosographique ? Certes cela est souvent peu de chose, mais la pustule vaccinale est-elle davantage ? et cependant elle aussi crée l'immunité et le vaccin est une maladie générale. D'autre part, pour peu qu'on étudie l'évolution du zoster, on ne tarde pas à se convaincre que l'éruption n'est que la marque spécifique et locale d'un trouble général de la santé. Déjà la plupart des auteurs signalent des prodromes, fièvre, courbature, état gastrique. C'est en se basant sur ces phénomènes que Parrot faisait du zona une manifestation toujours secondaire subordonnée à l'existence d'une névralgie de nature rhumatismale ou dyspepsique. En réalité la fièvre prodromique du zoster est souvent assez élevée. Pendant plusieurs jours la température peut atteindre 38° et jusqu'à 38°,8. Elle revient à la normale après la poussée éruptive et en même temps disparaissent les phénomènes d'embarras gastrique.

Digitized by Google

C'est encore dans l'étiologie que l'on peut trouver quelques arguments à l'appui de la nature infectieuse du zoster. Un zona, dit M. le professeur Hardy, n'entre jamais seul à l'hôpital. Au moment de sa leçon, M. Landouzy en observait trois à l'hôpital de la Charité. C'est en somme, et le fait est indiqué par tous les auteurs, une maladie saisonnière se produisant par séries, au printemps et en automne. En cela encore elle se rapproche de la plupart des fièvres éruptives à côté desquelles la plaçait Borsieri. Ces analogies mènent nécessairement à la question de la contagiosité. Le zona est-il contagieux ? Trousseau rapporte dans ses leçons cliniques le cas d'un zona thoracique dont avait été pris un jeune homme de 30 ans, au moment même où sa mère entrait en convalescence d'un zona également développé sur la poitrine. Des faits du même genre ont été observés par Erb (*Notiz zur ætiologie des herpes zoster. Neurologischescentralblatt*, 1er déc. 1882). Nous empruntons ces détails, comme tous ceux qui précèdent, à M. Landouzy; ils ont un grand intérêt.

Erb rapporte deux cas où la contagion peut être invoquée. Le premier a trait à une demoiselle de 35 ans qui fut atteinte, le 6 mai 1873, d'un zona intercostal. Le 12 mai, la mère de la malade, âgée de 62 ans, est atteinte d'un zoster lombo-abdominal, avec névralgie intense qui dure de 6 à 8 semaines. Dans le second cas, il s'agissait d'un zoster intercostal gauche chez une vieille dame de 73 ans, avec névralgie très intense; à la même époque, la fille de cette dame était atteinte d'un zoster intercostal avec névralgie modérée. Ces documents sont certes insuffisants pour instruire le procès de la contagiosité du zona. C'est une question à remettre à l'étude, maintenant que l'éveil est donné. En tous cas, si le zoster est contagieux, il paraît l'être peu.

En résumé, l'unicité du zoster et son évolution spéciale rendent parfaitement acceptable la conception nouvelle proposée par M. Landouzy. Le zoster est une maladie infectieuse à détermination neuropathique, tout comme la scarlatine, les oreillons, etc. représentant des maladies infectieuses à détermination cutanée, parotidienne, etc. L'exanthème vésiculeux est secondaire; c'est le ganglion nerveux qui est primitivement affecté.

Ces deux caractères fondamentaux, l'unicité et l'évolution, établissent une différence très importante entre le zoster idiopathique ou fièvre zoster, et les zonas symptomatiques ou éruptions zostériformes. Ceux-ci sont à la fièvre zoster, ce que les éruptions scarlatiniformes sont à la scarlatine. L'éruption présente, dans les deux cas, les mêmes caractères objectifs, mais la cause et la marche sont différentes. « Celle-ci (la fièvre zoster) sera venue spontanément, d'une façon aiguë, avec fièvre, et sera terminée en quelques jours; celles-là, au contraire, s'échelonneront sans fièvre personnelle, le long d'un nerf devenu douloureux depuis qu'il

Digitized by Google

aura été enserré dans un col vicieux, celles-là *récidiveront* le long d'un nerf comprimé par une esquille ou une exostose, celles-là apparaîtront, de temps en temps, le long du membre d'un tabétique et coïncideront avec des accès de douleurs fulgurantes, celles-là enfin apparaîtront, comme dans les deux faits si connus de Charcot, en même temps que des douleurs névralgiques consécutives à des blessures de la cuisse et du bras. »

Envisagé comme une maladie générale infectieuse, le zona spontané pourrait être, au premier abord, confondu avec la fièvre herpétique. Mais bien que, dans les deux cas, il s'agisse en définitive d'une sorte de viciation humorale portant son action sur certaines parties déterminées du système nerveux, la fièvre herpétique diffère essentiellement de la fièvre zoster par son caractère si nettement récidivant. Loin de conférer l'immunité, une première fièvre herpétique semble au contraire marquer le début d'une série de poussées se reproduisant à l'occasion de la moindre perturbation nerveuse, du plus simple refroidissement, et cela pendant des années. La fièvre herpétique, quoique très analogue dans son expression symptomatique, constitue donc une maladie distincte, et c'est pour éviter toute confusion que M. Hardy recommande de ne jamais accoler le mot d'herpès à celui de zoster. Celui-ci, dans sa forme idiopathique, fébrile, cyclique, est la maladie zoster, la *fièvre zoster*. Il y a entre lui et les *éruptions zostériformes* toute la distance qui sépare une maladie d'un symptôme.

Nous avons cru devoir sans retard appeler l'attention des lecteurs des *Annales* sur les faits et la doctrine contenus dans la leçon de M. Landouzy. Ses vues neuves et originales, très en harmonie avec la tendance générale des esprits en médecine, trouveront certainement plus d'adeptes que de contradicteurs. Aux uns comme aux autres, de réunir de nombreuses observations précises, de rechercher dans l'étude des causes et de l'évolution du zoster, les éléments d'un jugement définitif.

P. MERKLEN.

II. — Le mémoire de M. Fabre est un exposé des plus complets et des plus intéressants de l'état actuel de nos connaissances sur le zona. Comme documents originaux, l'auteur apporte 41 observations inédites sur lesquelles il appuie ses descriptions. Il définit le zona « une éruption disposée en plaques de formes et de dimensions différentes, de nombre « variable, séparées par des intervalles de peau saine, et siégeant sur le « trajet d'un nerf. » Quant à l'éruption elle-même, il aime mieux ne pas la définir; car, dit-il, elle est éminemment variable suivant les périodes et suivant les cas: il considère la plaque érythémateuse comme étant la

Digitized by Google

lésion essentielle, celle qui ne fait jamais défaut ; quant aux vésicules, quoiqu'elles soient presque constantes, elles peuvent cependant ne pas se développer sur quelques-unes des plaques qui restent alors à l'état de papules ou de taches érythémateuses. Toutes les plaques ne paraissent pas simultanément ; elles peuvent avoir des âges différents, et l'ordre suivant lequel elles se montrent n'est soumis à aucune règle. Sur les membres, elles sont toujours disposées par ilots séparés ; sur le tronc, elles peuvent parfois être contiguës et constituer une bande uniforme, un véritable demi-cercle.

Nous ne pouvons suivre l'auteur dans l'exposé si consciencieusement fait de tout ce qui a été dit jusqu'à lui sur le zona ; aussi nous bornerons-nous à analyser certains points de son travail dans lesquels nous avons cru reconnaître son œuvre personnelle.

Le Dr Fabre croit devoir diviser les *zonas doubles* en trois catégories : 1° En zona formant une ceinture complète, et par suite absolument *symétrique*, variété qui était regardée comme fort grave par les anciens auteurs ; 2° en *zona multiple non symétrique* : l'auteur en cite un cas personnel dans lequel un zona du côté droit du thorax avait coïncidé avec un zona de la cuisse gauche ; il n'en existe peut-être pas d'autre exemple bien authentique ; 3° en *zona bifurqué* ; le Dr Fabre donne le nom de zona bifurqué à des zonas où l'éruption, siégeant en arrière sur le trajet des 2e, 3e, 4e nerfs intercostaux, descend d'une part sur le bras correspondant, d'autre part sur le devant de la poitrine. J'avoue ne pas bien comprendre pourquoi l'auteur range ces derniers cas dans les zonas doubles. Il est évident qu'on peut les considérer comme des cas de zonas simples : l'éruption ne fait, en effet, que suivre le trajet d'un nerf et de ses diverses branches, et non le trajet de deux nerfs distincts, puisque les 2e, 3e, 4e et 5e nerfs intercostaux ont des filets externes qui se rendent à la partie interne et postérieure du bras et de l'épaule correspondants, et s'anastomosent même avec le brachial cutané interne et l'accessoire de ce nerf. Aussi, *théoriquement*, aimerais-je mieux, pour ma part, adopter les trois divisions suivantes de zonas doubles : 1° Zona double symétrique ; 2° zona double non symétrique affectant des nerfs de côtés différents, l'un droit, l'autre gauche (cas du Dr Fabre ; 3° zona double non symétrique affectant des nerfs du même côté, tous les deux droits ou tous les deux gauches.

M. le Dr Fabre rapporte ensuite des observations fort intéressantes des Drs Desprès, Gellé et Ollivier, observations qui semblent prouver l'existence d'un zona lingual et d'un zona guttural ; et, à ce propos, il effleure la question si importante et si difficile à notre avis de l'herpès des muqueuses et du zona des muqueuses. Il pense que l'herpès buccal,

Digitized by Google

facial, labial, génital, ne doit pas être assimilé au zona; cette proposition nous semble très juste, mais peut-on préciser ce que l'on doit entendre sous le nom d'herpès simple des muqueuses, et sous le nom de zona des muqueuses? Il est sans doute probable qu'une éruption herpétique absolument unilatérale et accompagnée de violentes névralgies doit être rapportée au zona, mais ces caractères sont-ils nécessaires pour constituer le zona des muqueuses? sont-ils suffisants?

M. le Dr Fabre a étudié avec le plus grand soin l'étiologie du zona; il montre que cette affection est à peu près également répartie à toutes les périodes de la vie, que l'influence du sexe et du tempérament est à peu près nulle; le zona se rencontre souvent, mais non exclusivement, chez les arthritiques et les dyspepsiques. Parmi les maladies qu'il a vu précéder l'éruption, l'auteur cite le diabète sucré (2 cas), les migraines, l'urticaire, la phtisie; mais il trouve que le Dr Leudet s'avance beaucoup trop en admettant que la tuberculose pulmonaire a une influence directe sur la production du zona, et il se demande si l'on ne pourrait pas attribuer dès lors les mêmes propriétés aux bronchites chroniques, à la dilatation des bronches et à l'emphysème vésiculaire.

Comme causes déterminantes du zona le Dr Fabre cite le froid, les névralgies, les influences morales, le traumatisme, les tumeurs qui irritent et compriment un nerf; mais il se montre assez sceptique à propos de l'influence qu'auraient les intoxications sur la production du zona : (Intoxication par l'oxyde de carbone, Leudet; — intoxication saturnine, Eugène Lomier; — intoxication ou même médication arsenicale, Hutchinson).

L'auteur expose la symptomatologie du zona avec les plus grands détails; il montre d'après des statistiques que cette affection siège tout aussi souvent à droite qu'à gauche. Parmi les observations nouvelles qu'il publie nous en citerons deux tout particulièrement intéressantes, l'une où le malade atteint de zona droit de l'abdomen souffrit de crampes douloureuses et de véritables convulsions cloniques dans la masse sacro-lombaire et dans le droit antérieur de l'abdomen, l'autre dans laquelle une paralysie localisée au muscle deltoïde fut améliorée par une éruption de zona. M. le Dr Fabre a beaucoup insisté sur les phénomènes nerveux qui précèdent, accompagnent ou suivent l'affection; ils sont décrits dans son mémoire avec le plus grand soin : il fait remarquer que les adultes ont souvent de l'insomnie à cause des vives douleurs qu'ils éprouvent, tandis que les enfants n'en présentent presque jamais.

Au point de vue de la marche l'auteur distingue trois formes de zona : 1° une forme aiguë fébrile qui a pu autoriser certains pathologistes à ranger le zona à côté des fièvres exanthématiques, et dont il rapporte

Digitized by Google

deux belles observations personnelles; 2° une forme subaiguë ou mieux apyrétique (forme commune); 3° une forme chronique excessivement rare; la plupart des cas qui pourraient lui servir de type ont plutôt revêtu les allures d'un zona récidivant ou bien encore d'un zona à rechutes, de telle sorte que cette variété ne nous semble pas encore bien définie. Les vraies récidives de zona sont tout à fait exceptionnelles; cependant l'auteur en rapporte un cas qu'il a observé dans le service de M. le professeur Hardy; Oscar Wyss, Neumann et Kaposi en ont aussi cité chacun un cas.

M. le Dr Fabre pense, avec beaucoup de raisons selon nous, qu'il est encore impossible de dire quelque chose de précis sur la pathogénie du zona; il croit cependant qu'on doit diviser à ce point de vue les zonas en deux grandes classes: 1° les *zonas primitifs ou idiopathiques*, ceux qui surviennent sous l'influence du froid, des émotions morales, des troubles digestifs, etc..., qu'il nous permette d'ajouter: et ceux qui surviennent sans cause appréciable ou mieux sans causes encore connues; 2° *les zonas secondaires ou symptomatiques*, c'est-à-dire ceux dépendant d'une affection nerveuse: *A — centrale, B — périphérique. A*, les zonas liés à une affection nerveuse centrale dépendent tantôt d'une hémorrhagie cérébrale, et, dans ce cas, ils peuvent siéger du même côté que l'hémiplégie, ou du côté opposé (observation personnelle à l'auteur), tantôt ils dépendent d'une affection de la moelle, affection qui est elle-même primitive ou secondaire. *B*, les zonas secondaires, symptomatiques d'une lésion nerveuse périphérique, peuvent résulter d'un traumatisme, d'une paralysie locale, d'une ancienne névralgie. Pour notre part, en présence du petit nombre de zonas observés pendant les névralgies, à la suite des traumatismes, des paralysies locales, des hémiplégies et des lésions de la moelle, nous nous demandons si ces éruptions zoniformes qui accompagnent des lésions nerveuses doivent être réellement considérées comme des zonas, s'il faut leur conserver ce nom, s'il ne vaudrait pas mieux les ranger parmi les lésions trophiques. Il nous semble que la division proposée par M. le Dr Fabre est extrêmement importante, et pour nous il y a un abîme entre un zona ordinaire survenant en quelque sorte spontanément, sans lésion bien appréciable du nerf, et ne récidivant pas à la façon d'une fièvre éruptive, entre cette affection pseudo-exanthématique en quelque sorte, et ces autres éruptions vésiculaires qui surviennent sur le trajet d'un nerf traumatisé ou profondément altéré. Cependant cette question qui paraît si simple ainsi posée, est en réalité beaucoup plus complexe: un zona vrai ne peut-il pas en effet *coïncider* avec une lésion nerveuse profonde? Nous ne voulons pas dans une simple analyse continuer à nous égarer ainsi dans ces questions si difficiles.

Aussi approuvons-nous complètement la prudente réserve dans laquelle

Digitized by Google

reste l'auteur quand il a à définir la nature du zona : il trouve beaucoup trop absolue l'opinion de ceux qui comme MM. Parrot et Demeules veulent faire du zona un simple effet, un simple épiphénomène d'une névralgie, car la névralgie est un accident trop irrégulier pour suffire à constituer à lui seul le caractère essentiel du zona. Qu'est-ce donc alors que cette affection ? M. Fabre est fort embarrassé pour le dire, et il ne s'en cache pas ; cependant il croit pouvoir tout concilier en avançant que le zona doit être rangé dans une classe intermédiaire aux maladies cutanées et aux maladies du système nerveux.

Le zona se termine d'ordinaire en un ou deux septénaires par une guérison complète avec ou sans cicatrices suivant qu'il s'est produit ou non des ulcérations du derme sous les vésicules. Comme complications, le Dr Fabre cite des furoncles, des adénites, de la diarrhée (trois cas personnels), des névralgies rebelles, des sueurs réflexes circonscrites à la région atteinte par la névralgie, des parésies, des engourdissements avec œdème des parties malades, enfin des paralysies. Parfois le zona peut devenir gangréneux et alors durer fort longtemps ; il peut aussi devenir hémorrhagique, ce qui est beaucoup plus fréquent, et surtout beaucoup moins grave, quoiqu'il laisse alors d'ordinaire des cicatrices assez profondes.

Comme traitement l'auteur préconise « au début un purgatif doux si « cela est nécessaire, puis des calmants généraux contre les douleurs « trop vives, opium, laurier-cerise, belladone, éther, chloral. Comme « traitement local, il conseille de faire des onctions avec un liniment « anodin, puis de saupoudrer les parties malades avec des poudres soit « émollientes, soit inertes (amidon, fécule, sous-nitrate de bismuth, talc, « oxyde de zinc, etc...) ». Si les vésicules sont jeunes, transparentes, on peut les faire avorter en les recouvrant de collodion ; mais quand elles ont quatre ou cinq jours de date, il faut bien se garder de le faire, car au lieu d'avorter, elles creuseraient et s'ulcèreraient au-dessous du collodion (Vidal). Contre les névralgies qui persistent après la guérison de l'éruption, on fera d'abord des injections hypodermiques de morphine ou d'atropine, et on administrera à l'intérieur l'acide arsénieux à la dose de 2 à 8 milligrammes. En désespoir de cause on pourra conseiller une saison à Néris, dont l'auteur a reconnu les excellents effets dans un de ces cas rebelles.

Nous n'avons certes point la prétention d'avoir donné par cette analyse une idée du beau travail du Dr Fabre ; c'est dans l'ouvrage même qu'il faut lire la symptomatologie, l'étiologie, la marche du zona ; on se rendra compte alors du soin qu'a apporté l'auteur à l'édification de son œuvre ; aussi ne saurions-nous pour notre part trop féliciter notre compatriote

Digitized by Google

de la récompense si méritée que lui a décernée la Société de médecine d'Anvers (1). L. BROCQ.

II. — L'auteur rapporte un cas de zona du plexus lombaire qui n'offre rien de bien remarquable, et un cas de zona gangréneux du tronc assez intéressant.

Le malade était un homme vigoureux de 46 ans : quarante-huit heures avant la première apparition des vésicules, il s'était plaint d'une douleur intense et d'une sensation de raideur dans le côté droit. Puis les vésicules apparurent sur le trajet des nerfs intercostaux : elles formaient une plaque d'environ huit pouces de large, allant de la quatrième à la dixième côte, et s'étendant d'autre part de l'épine dorsale à la partie médiane antérieure du tronc. Vers le troisième jour de l'éruption, on vit se former de larges bulles ; quelques-unes étaient remplies de pus. Vers le sixième jour, les vésicules et les bulles s'étaient affaissées, mais la température du malade s'était élevée à 103° Fahr. ; et il commençait à se faire une vaste eschare intéressant toute l'étendue des téguments envahis. Les douleurs étaient tellement vives que le malade ne pouvait dormir quoiqu'on lui administrât de la morphine : il délirait même un peu pendant la nuit. Cet état grave ne dura que cinq jours ; mais la guérison de cette immense surface ulcérée ne se fit que très lentement ; et il resta des cicatrices profondes sans doute définitives avec une pigmentation rouge brunâtre périphérique. Plusieurs semaines après la convalescence, le malade qui avait gardé douze jours le lit et fort longtemps la chambre, éprouvait encore de temps en temps dans son côté des douleurs névralgiques lancinantes et une pénible sensation de raideur.

L'auteur cite dans son travail un cas d'Erasmus Wilson (*Journal of Cutaneous medicine*, vol. IV, p. 158) dans lequel on avait vu se produire simultanément entre la clavicule et le pli de l'aine, cinq demi-cercles d'éruptions vésiculeuses distincts les uns des autres, en un mot cinq zonas parallèles ; et il ajoute que ce fait est comparable à celui qu'il rapporte, mais que dans son cas l'éruption était confluente, tandis qu'elle était discrète dans celui d'Erasmus Wilson. L. B.

(1) L'ouvrage de M. Fabre (de Commentry) a été couronné par la Société de médecine d'Anvers au concours de 1880.

Digitized by Google

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

I. — Du traitement de la syphilis a toutes ses périodes par l'iodure de potassium, par M. Gouguenheim (Collaboration de M. Morin). (*Société Thérapeutique*, Séance du 27 juin 1883).

II. — Note sur les injections sous-cutanées d'iodure de potassium, par M. Gilles de la Tourette. (*Société de Biologie*, 13 janvier 1883).

III. — Sur les injections sous-cutanées d'iodure de potassium, lettre de M. Besnier dans le *Progrès médical* (n° du 13 janvier 1883.)

IV. — Le savon mercuriel comme succédané de l'onguent mercuriel, par Oberlander (*Vierteljahr f., der mat. und syph.*, 1882).

M. Gouguenheim, après avoir rappelé qu'on considère le mercure comme le médicament spécifique des accidents secondaires, tandis que l'iodure de potassium est celui de la période tertiaire, vient donner connaissance des résultats obtenus dans un certain nombre de cas où il a employé l'iodure de potassium pendant la période secondaire. Il croit pouvoir émettre les deux propositions suivantes :

1° L'iodure de potassium et le mercure ne sont pas des spécifiques de telle ou telle période de la syphilis. Ils sont tous deux antisyphilitiques au même titre ;

2° Les indications et contre-indications de ces deux médicaments résultent de l'âge de la vérole, du sujet lui-même, du siège, et de la nature des lésions.

On sait qu'à la période tertiaire le mercure a une action remarquable et incontestable, surtout dans la syphilis cérébrale.

De même l'iodure de potassium guérit très bien les accidents secondaires.

M. Gouguenheim l'a administré à doses de 1 à 8 grammes. Sur 220 malades traitées de cette façons, 144 ont été blanchies ou très améliorées, 44 ont été perdues de vue parce qu'elles ont quitté l'hôpital.

Sur ces 144 malades 12 avaient déjà pris du mercure.

M. Gouguenheim a comparativement traité une série de malades par les injections de peptone mercurique, et une série pour l'expectation. (Cette dernière série n'étant composée que de cas bénins ne peut être comparée aux autres).

Digitized by Google

De la comparaison des faits il résulte que, dans la période secondaire, les résultats les plus rapides appartiennent aux injections hypodermiques de peptone mercurique.

Puis se place le sublimé (liqueur de van Swieten), à dose de 15 milligrammes. Vient ensuite l'iodure de potassium, à dose de 1 ou 2 grammes, qui est aussi actif que le sublimé à dose de 15 milligrammes.

M. Gouguenheim reproche aux injections sous-cutanées d'être douloureuses et de donner quelquefois des accidents d'hydrargyrisme.

Le mercure et l'iodure n'ont pas d'influence sur le chancre. Ils ont la même efficacité contre les syphilides papulo-érosives et hypertrophiques vulvaires et anales.

Le mercure semble supérieur contre la roséole, ou les syphilides cutanées simples. L'iodure agirait mieux contre les syphilides buccales et pharyngées, surtout si on combine son emploi avec l'usage des topiques.

Dans la laryngite syphilitique hypertrophique diffuse, le mercure est inefficace ou dangereux. L'iodure, au contraire, à dose de 1 à 10 grammes a une action très prompte.

Le mercure agit contre la céphalalgie, les arthralgies, les myosalgies.

Dans ces circonstances, l'iodure agit peut-être moins bien. Dans trois cas celui-ci a rapidement combattu l'iritis, et dans deux cas les manifestations viscérales précoces d'une syphilis grave.

La tolérance est à peu près la même pour ces deux médicaments, mais les accidents hydrargyriques sont de beaucoup plus sérieux que les accidents iodiques.

Les affections de l'estomac contre-indiquent également ces deux substances. Les syphilides sécrétantes cutanées des scrofuleux ne sont pas une contre-indication de l'iodure, quoiqu'on doive éviter de l'administrer dans le cas de susceptibilité spéciale de la peau.

Le traitement de la syphilis doit être institué, dès le début, aux doses de 1 gramme d'iodure de potassium ou 15 milligrammes de sublimé, ou 25 milligrammes de protoïodure.

On s'en tiendra à ces doses si les accidents sont peu intenses; sinon on augmentera progressivement. 3 grammes d'iodure de potassium donneront des résultats rapides, qui une fois obtenus permettront de revenir à la dose du début.

Relativement à la durée du traitement ioduré, tout dépend de la gravité des accidents. Dans les cas de manifestations graves (laryngite hypertrophique diffuse, glossite hypertrophique, méningo-myélite) il faudra donner jusqu'à 6 grammes et plus d'iodure de potassium par jour.

Chez les enfants l'iodure donne aussi de très bons résultats.

P. HAMONIC.

Digitized by Google

II. — S'appuyant seulement sur cinq observations, M. Gilles de la Tourette cherche à établir qu'on peut injecter sous la peau un centimètre cube d'eau distillée, renfermant 0,50 centigrammes d'iodure de potassium sans provoquer de complications locales; à condition que la solution soit neutre, que les piqûres soient pratiquées profondément et dans une région riche en tissu cellulaire, et qu'elles soient suffisamment espacées les unes des autres. Ces injections ont été déjà essayées en Allemagne par MM. Eulenburg et Thierfelder.

Ainsi qu'on pouvait le prévoir, l'iodure de potassium est plus rapidement éliminé par l'urine, quand il est administré par voie hypodermique.

Si on a soin de faire un léger massage, au niveau de la piqûre, la cuisson désagréable qu'elle détermine disparaît rapidement.

Quel est le résultat thérapeutique de ces injections? M. Gilles de la Tourette a raison de ne point se prononcer. Il faudrait un *très grand nombre* d'observations pour avancer une opinion. Mais avec lui, nous reconnaissons, que si dans la majorité des cas, *la voie buccale est préférable à la voie hypodermique* pour l'administration de l'iodure de potassium (et notre expérience personnelle nous l'a démontré suffisamment pendant notre internat à l'hôpital de Lourcine), il y a peut-être des circonstances où la voie hypodermique pourra rendre de grands services. (Intolérance gastrique absolue ; impossibilité de faire ingérer au malade le médicament ; cas nécessitant une action thérapeutique très rapide, etc...)

Evidemment, par analogie, l'iodure de potassium injecté sous la peau, abstraction faite des inconvénients locaux qui pourraient résulter de ce mode d'administration (dans un cas, M. Gilles de la Tourette a eu une eschare, peu grave il est vrai), doit agir davantage et plus promptement qu'administré par voie buccale. PAUL RAMONIO.

III. — A l'occasion de la précédente communication qui a paru sous forme de note dans le numéro du 6 janvier 1883 du *Progrès médical*, M. Besnier publie dans le même journal (13 janvier 1883), une lettre pour réparer une omission faite par M. Gilles de la Tourette. Il s'agit de la question de priorité de la méthode d'administration de l'iodure de potassium par la voie hypodermique.

Déjà depuis plusieurs années, M. Besnier emploie les injections sous-cutanées dans les cas, rares d'ailleurs, d'intolérance absolue de l'iodure de potassium.

Sans avoir publié sur la question un travail d'ensemble, il a indiqué cette méthode à plusieurs reprises dans ses cliniques.

Dans un article inséré au n° 3 des *Annales de Dermatologie* de 1882

Digitized by Google

(page 168), il avance que les phénomènes d'*iodisme* ne s'observent pas dans les cas d'applications prolongées d'iode ou d'iodoforme à la surface des plaies, même chez les sujets très susceptibles à l'action de cet agent. Il ajoute dans ce même article :

« *J'ai pu même, dans un cas d'intolérance de l'iodure de potassium, chez un malade à qui un demi-gramme d'iodure de potassium, pris par la voie digestive, produisait une urticaire extrêmement prurigineuse; j'ai pu, dis-je, injecter la même dose du médicament au centre des gommes syphilitiques, sans donner lieu au même phénomène. Il y a là une voie nouvelle ouverte à la thérapeutique et à l'expérimentation dont l'intérêt serait grand, même au point de vue pratique.* »

Ainsi M. Besnier a le premier en France pratiqué les injections sous-cutanées d'iodure de potassium ; et la phrase reproduite ci-dessus et imprimée *il y a plus d'un an*, ne laisse aucun doute sur l'importance qu'il a attribuée à ces injections, en tant que *méthode pratique de traitement.*

P. HAMONIC.

IV. — Il n'est pas de praticien qui ne se soit vu forcé d'interrompre à un moment donné le traitement par les frictions mercurielles à cause d'une série d'ennuis parmi lesquels nous signalerons tout d'abord l'irritation de la peau, la répugnance que certains malades éprouvent à se servir de ce procédé, puis et surtout la méthode défectueuse avec laquelle les frictions sont effectuées. Une méthode de traitement qui aurait pour résultat de provoquer une irritation moindre de la peau et de faire pénétrer dans le même temps une quantité plus considérable de mercure dans l'organisme présenterait de grands avantages. On sait comment se prépare l'onguent napolitain. On commence par triturer du mercure avec du suif, puis avec du saindoux et un peu d'onguent mercuriel ancien. Dans ces conditions le mercure est si bien incorporé à la graisse qu'il n'est pas possible même à la loupe d'apercevoir des gouttelettes du métal. Mais cet onguent s'altère au bout d'un certain temps et s'oxyde à la surface. Étendu sur la peau, il provoque facilement de l'eczéma mercuriel, il s'étend difficilement et doit par là même être mal absorbé. On sait que différentes théories ont été émises pour expliquer l'absorption du mercure sous forme de frictions. Les uns prétendent qu'il pénètre directement à l'état de gouttelette métallique, les autres qu'il se combine avec le chlorure de sodium et l'albumine de manière à former un composé soluble. D'autres, parmi lesquels nous citerons Kirchgässer et Rabuteau, admettent que la peau n'absorbe nullement du mercure et que ce métal est, au contraire, absorbé sous forme de vapeurs mercurielles développées au moment des frictions.

Digitized by Google

Vayda et Paschkis ont fait des expériences intéressantes dont le but était d'anéantir cette dernière hypothèse. Ils ont placé dans une chambre deux malades qui furent soumis pendant dix jours à des frictions mercurielles énergiques. La chambre ne fut pas aérée pendant ce laps de temps; toutes les fissures des portes et des fenêtres étaient garnies soigneusement de ouate et l'air aspiré à l'aide d'un gazomètre pour être examiné. Or, les deux malades furent atteints d'une stomatite mercurielle intense et il ne fut pas possible de déceler du mercure ni dans l'air, ni dans différents liquides qui avaient été placés dans leur chambre, dans des vases largement ouverts.

Wings a cherché à déterminer quelle est la quantité de mercure qui peut s'évaporer pendant une friction ordinaire. Or, il a trouvé qu'en faisant une friction pendant une demi-heure, à l'aide de 3 grammes d'onguent napolitain, il s'évapore à peine 0gr,0052 de mercure, tandis que près de 1 gramme de mercure métallique se trouve incorporé à la peau pendant la même opération.

Des expériences faites avec le savon mercuriel prouvent que ce dernier s'étend beaucoup plus rapidement sur la peau que l'onguent lui-même. Pour préparer le savon de Hébra, on se sert d'huile d'olive et de potasse caustique. Il faut que le savon ainsi obtenu soit absolument neutre, c'est-à-dire qu'il ne renferme aucun alcali libre. Pour préparer le savon mercurique, on incorpore une petite quantité de glycérine. La quantité de mercure additionnée au savon ainsi préparé se mélange dans la proportion de 1 à 3. On peut, pour aromatiser, ajouter à la préparation quelques gouttes d'huile de lavande. Il suffit, en règle générale, de 2 à 4 minutes pour faire une bonne friction avec ce savon, c'est-à-dire un temps près de cinq fois moindre qu'avec l'onguent napolitain. Pour faciliter la friction on asperge la région qui doit être frictionnée avec un peu d'eau et on mouille légèrement la main qui pratique la friction.

Schuster, d'Aix-la-Chapelle, a vanté un second savon napolitain, savon du Dr Vincent, qu'il a vu employé à la Salpêtrière, dans le service de M. Charcot; mais ce savon est très dur et se fond si difficilement qu'au bout d'une demi-heure de friction le malade parvient à peine à user sur sa peau la moitié d'un pain renfermant un gramme de mercure. C'est à peine si après une friction prolongée de ce genre, on aperçoit sur la peau une petite couche de mousse grisâtre.

Quelques médecins ont proposé de remplacer l'onguent napolitain par un mélange de mercure et d'acide stéarique (hydrargyrum oleinicum). Cette préparation donne d'assez bons résultats, mais s'altère rapidement.

Øberländer préfère de beaucoup l'emploi de son savon mercurique. L'onguent napolitain doit être complètement rejeté suivant lui. Les frictions au savon ont pour avantage de ramollir et de congestionner la

Digitized by Google

peau et par conséquent de favoriser l'absorption du mercure. L'expérience clinique semblerait également prouver que la stomatite mercurielle est moins fréquente avec le savon qu'avec l'onguent.

Je puis ajouter que pour mon compte personnel je n'ai eu qu'à me louer des cas dans lesquels j'ai employé le savon mercuriel préparé d'après les indications d'Hébra et d'Oberländer. Les malades acceptent facilement cette méthode de traitement, d'autant plus qu'il suffit d'une simple lotion à l'eau tiède ou d'un bain pour les débarrasser de toute trace de friction.

P. SPILLMANN.

Digitized by Google

REVUE DE VÉNÉOROLOGIE.

I. — De l'acide borique dans la vaginite, par Chéron (*Revue des maladies des femmes.*)

II. — Traitement de la blennorrhagie, par l'iodoforme, par Campana. (*La Salute Genova*, mars 1883.)

III. — Guérison rapide de l'orchite par un badigeonnage inguinal phéniqué, par Drouet. (*Gazette médicale de l'Algérie*, n° 22, 1883.)

I. — Pour rendre l'acide borique beaucoup plus soluble dans l'eau, qu'il n'est naturellement, M. Chéron en fait préparer une solution dans la glycérine à chaud :

Glycérine neutre.....	120 gram.
Acide borique.....	80 »

Il se forme une sorte de crème gélatineuse qui permet de dissoudre dans l'eau cinq fois plus d'acide borique que normalement.

L'auteur porte à l'aide de tampons, cette glycérine boriquée dans le vagin des malades atteintes de vaginite, ou fait pratiquer des irrigations avec de l'eau à laquelle on ajoute cette glycérine, dans la proportion de 4 cuillerées à bouche par litre.

M. Chéron traite l'uréthrite chronique, en injectant dans l'urèthre une fois tous les jours, 60 grammes d'eau tiède pour une cuillerée à café de glycéré.

La guérison serait complète en 15 jours, même dans les cas rebelles.

P. HAMONIC.

Campana propose la formule suivante :

Iodoforme pulvérisé.....	20 gram.
Acide phénique	10 à 20 centig.
Glycérine neutre.....	80 »
Eau distillée	20 »

Cette injection calmante, et antiseptique est supérieure à toutes les autres injections isolantes. L'auteur n'a eu qu'à se louer de son emploi

Digitized by Google

dans la période aiguë de la blennorrhagie et insiste sur le très rapide amendement qu'éprouvent tous les symptômes de la maladie. JULLIEN.

III. — Ce traitement conseillé par M. Drouet consiste en un simple badigeonnage à l'acide phénique pur (acide phénique cristallisé 9 gram. — Alcool 1 gram.) de toute la peau correspondant au cordon, au niveau du canal inguinal du côté malade. Il faut appliquer de 3 à 4 couches du caustique en quelques minutes. Ce traitement, qui réussit contre l'épididymite, l'orchite, la funiculite, est très douloureux. La sensation de brûlure qui suit le badigeonnage, est calmée à l'aide d'une compresse mouillée. Le lit doit être gardé pendant trois ou quatre jours.

La guérison survient dans un laps de temps qui varie entre deux et huit jours suivant la gravité des cas.

L'irritation très violente de la peau, consécutive à l'application du caustique, agit en amenant une action antiphlogistique réflexe sur l'organe enflammé.

C'est là une méthode qui n'est pas précisément neuve. L'innovation de M. Drouet réside dans le choix de l'acide employé. Les applications d'acide azotique, sur les bourses, constituent un moyen déjà ancien, et bien analogue à celui de M. Drouet. P. HAMONIC

Digitized by Google

VARIA.

NOTE SUR L'HISTOIRE DE LA BLENNORRHAGIE

Par le Dr S. ROSOLIMOS,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine d'Athènes.

D'après les auteurs les plus compétents, la blennorrhagie aurait été observée dans les temps les plus reculés, mais en mettant en regard du tableau nosographique de cette maladie, les divers documents que les vénéréologues ont invoqués en faveur de cette manière de voir, je pense qu'on s'en fera une opinion tout à fait différente.

Ainsi l'on croit généralement que l'histoire de la blennorrhagie commence avec celle de l'humanité, et l'on trouve dans tous les traités de vénéréologie, quelques versets du *Lévitique* (vers 2-12, ch. XV), sur lesquels on se base pour prouver que le législateur des Israélites avait donné la description de la chaudepisse.

Or, dans ces versets, il n'est question que de « perte » (d'écoulement), désignation absolument insuffisante.

En effet, il est à peine nécessaire de rappeler que ceux même qui combattent la doctrine de la spécificité de la blennorrhagie, se refusent à considérer l'écoulement comme la caractéristique de cette affection.

M. le professeur Fournier, qui n'admet pas la spécificité, dit en propres termes : *Tous les écoulements d'origine uréthrale ne sont pas nécessairement des blennorrhagies.* Ils peuvent provenir, en effet, de lésions variées du canal, érosions de diverse nature, exulcérations herpétiques, ulcérations chancreuses, tuberculeuses (Ricord). Ils peuvent être fournis par de simples uréthrites très distinctes de la blennorrhagie vraie.) (*Dict. de méd. et de chirurg.*, art. Blennorr., p. 159).

On soutient, il est vrai, que la perte dont il est question dans le *Lévitique* est bien la blennorrhagie, parce que Moïse la considérait comme contagieuse et transmissible, ainsi qu'il ressortirait des paroles suivantes : « Tout homme qui perd sera *impur* à cause de sa perte... et tout lit sur lequel sera couché celui qui perd sera impur, et toute chose sur laquelle il sera assis sera impure... Celui qui touchera la chair de

Digitized by Google

celui qui perd, lavera ses vêtements et se lavera dans l'eau et sera impur jusqu'au soir. »

Il ne nous sera nullement difficile de prouver que le mot « impur » qui est encore aujourd'hui en usage chez les théologiens n'a pas la signification du terme médical *contagieux;* il signifie tout simplement *le souillé du péché,* c'est-à-dire qu'il a une valeur tout à fait morale, ainsi qu'il résulte des versets suivants du *Lévitique :* « Le sacrificateur fera propitiation pour vous, afin de vous *purifier;* ainsi vous serez *purifiés* de tous vos péchés. Et il fera expiation pour le sanctuaire, en le nettoyant des *souillures* des enfants d'Israël... Et il fera aspersion du sang sur l'autel et le nettoiera et le *purifiera des souillures* des enfants d'Israël, etc. (vers. 16-20, ch. XVII). D'ailleurs, il est encore à noter que dans les versets qu'on invoque pour démontrer que Moïse avait entrevu la contagion médiate, on rencontre précisément les mêmes paroles qu'on lit partout dans le *Lévitique,* où il s'agit des choses que le législateur israëlite considérait comme profanes. Ainsi, par exemple, lorsque Moïse parle du bouc qu'on envoyait au désert, portant sur lui les iniquités humaines, il dit : « Celui qui aura conduit le bouc lavera ses vêtements et son corps avec de l'eau (vers. 26, ch. XVI). » Ailleurs : « Si quelqu'un mange de la chair de quelque bête morte d'elle-même ou déchirée par les bêtes sauvages, il lavera ses vêtements et se lavera avec de l'eau et il sera *impur* jusqu'au soir », etc. (vers. 15 et 16, ch. XVII).

Enfin, parlant de la femme à l'époque des règles, il dit : « Quiconque touchera le lit de cette femme, lavera ses vêtements et se lavera dans l'eau et sera *impur* jusqu'au soir. Et quiconque touchera une chose sur laquelle elle sera assise, lavera ses vêtements, etc. » Dans tous ces versets, où évidemment il ne s'agit point de maladie, on retrouve les mêmes préceptes sévères qu'on a déjà lus à propos de celui qui est atteint de perte. Or, il n'est nullement douteux que Moïse considérait ce dernier comme *profane* et non comme apte à communiquer son mal.

On peut, du reste, se convaincre de cette manière de voir en se rapportant aux versets suivants, dans lesquels Moïse dit que toute personne, ayant un défaut, devait être considérée comme impure. Ainsi, on lit dans le *Lévitique :* « Un homme aveugle ou boiteux ou camus ou qui aura quelque imperfection dans les membres ou quelque fracture aux pieds, ne s'approchera pas pour offrir, *afin de ne pas souiller* mes sanctuaires (vers. 18-23, ch. XXI). » Il s'exprime même expressément dans ce sens, à propos de celui qui souffre d'écoulement, dans le verset suivant : « Tout homme de la postérité d'Aaron, atteint d'écoulement, ne mangera point des choses saintes, jusqu'à ce qu'il soit purifié. Il en est de même de celui qui aura touché quelque homme que ce soit qui sera devenu impur, pour avoir touché un mort ou celui qui *perdra* (vers. 4, ch. XXII). »

Digitized by Google

De ce qui précède, on voit que le mot « impur » du *Lévitique* a une signification tout à fait morale et par conséquent n'indique nullement la contagiosité de la perte. Or, on n'est point autorisé à voir dans la perte en question la blennorrhagie.

La perte dont parle Moïse, n'est pas non plus la spermatorrhée, car, à la fin du chapitre XV (vers. 32 et 33), Moïse fait une distinction entre celui qui perd et celui qui souffre de pollutions (ᾧ τινι ἂν ἐξέλθῃ Κοίτη σπερματος, selon la trad. des 70). Du reste, dans le verset 33, on lit : « Telle est la loi... de toute personne qui perd *soit mâle, soit femelle.* » Comme, dans ce verset, on voit que la perte en question pourrait aussi survenir chez la femme, il n'est pas probable que Moïse entendait par cela la spermatorrhée.

Je ne tiens pas, d'ailleurs, à expliquer le texte du *Lévitique* et à rechercher ce que Moïse entendait en parlant de perte ; le fait qui nous intéresse, c'est qu'il n'y s'agit pas de la blennorrhagie, comme on l'a pensé.

Les auteurs soutiennent aussi que Hérodote parle de la blennorrhagie dans le passage suivant : « Les Scythes en quittant la ville d'Ascalon, se comportèrent bien pour la plupart. Mais un petit nombre d'entre eux, restés dans la ville, pillèrent le temple de Vénus Uranie... Or, la Déesse envoya *une maladie de femme* (δηλείὰν νοῦσον) à ceux d'entre les Scythes qui avaient pillé le temple d'Ascalon et ce châtiment s'étendit à jamais sur leur postérité. Les Scythes disent que cette maladie est une punition de ce sacrilège et que les étrangers qui voyagent dans leur pays, s'aperçoivent de l'état de ceux que les Scythes appellent *Enarées* (Clio lib. I, p. 82, Ed. Larcher). » — Comme dans ce passage, on ne rencontre aucune indication qui ait quelque rapport avec la chaudepisse, il me paraît fort étonnant que les auteurs y voient la notion de la blennorrhagie (1) !

Il est aisé de démontrer que « la maladie de femme » ne paraît avoir aucun rapport avec quelque maladie vénérienne. Lorsque Hippocrate parle des Scythes, il dit qu'il y a dans ce peuple quelques hommes punis par la divinité qu'on appelle *efféminés*, qui se comportent comme s'ils étaient des *femmes* et qui parlent à la manière des *femmes*. Or, il est certain que la maladie *de femme*, dont parle Hérodote, est précisément cet état auquel les Scythes avaient été condamnés par la déesse. « On trouve parmi les Scythes, dit Hippocrate, beaucoup d'hommes impuissants, ils se condamnent aux travaux des femmes et parlent comme

(1) MM. Bumtscad et Taylor, voulant probablement exprimer une opinion moins absolue, ont cru nécessaire d'ajouter cette phrase assez explicite au texte d'Hérodote : « La dea irata nandó sopra di loro la malattia de la donna che è caratterizzata da un scolo dal pene. » (*Pat. è cura delle mal. veneree*, fasc. 1, p. 2, 1882, trad. it.)

Digitized by Google

elles. On les nomme *efféminés*. Les indigènes attribuent la cause de cette impuissance à la divinité (1). »

On prétend encore que Hippocrate fait allusion à la maladie dont nous examinons l'histoire dans le passage suivant : « Il existe un écoulement blanc jaunâtre. Quand la femme urine, elle éprouve des mordications et des élancements. L'utérus s'ulcère, il se développe de la fièvre avec beaucoup de chaleur. » Dans ce passage qui est le moins vague de ceux qu'on invoque pour démontrer l'ancienneté de la blennorrhagie, il s'agit d'une maladie fébrile, ce que la blennorrhagie n'est pas. Du reste, l'écoulement dont il est question, accompagné de mordications, peut très bien n'être qu'une leucorrhée avec eczéma secondaire des parties génitales.

Il peut aussi résulter de cette forme de métrite décrite par Barker, où les sécrétions, devenant acides, irritent et excorient la muqueuse vulvaire.

On dit même que Paul d'Egine, Celse, Gallien avaient signalé la blennorrhagie ; mais rien ne confirme cette manière de voir, car dans les passages empruntés à ces auteurs et reproduits dans les traités de vénéréologie, il s'agit d'écoulement ou de strangurie, qui peuvent être les symptômes d'une foule d'affections.

La première notion nette de la blennorrhagie date, selon nous, de Michaelis Scotus et surtout de Gordonius au XIVe siècle. Dans les descriptions de ces auteurs, on trouve le signe caractéristique de la blennorrhagie, à savoir *la contagiosité* de l'écoulement. Ainsi on lit dans Scotus : « *Si vero mulier fluxum patitur et vir eam cognoscet facile virga vitiatur.* » (*De procreat. hominis*, etc., ch. VI.) Dans Gordonius, on lit aussi : « *Passiones virgæ sunt multæ : Causæ enim sunt exteriores aut interiores. Exteriores, sicut jacere cum muliere cujus matrix est immunda plena sanie aut virulentia, aut ventositate et similibus corruptis.* » (*Tab. pract.*, *p. VII.*)

(1) Tr. Littré, t. 2, p. 72.

Le Gérant : G. MASSON.

Société d'imprimerie Paul Dupont. Paris, 41, rue J.-J.-Rousseau (Cl.) 71.10.83.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Imp. Lemercier & C.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

TRAVAUX ORIGINAUX

MÉMOIRES

I.

DE LA DERMATOSE DE KAPOSI

(XERODERMA PIGMENTOSUM)

Par E. VIDAL, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

(Planches VI et VII.)

La dermatose que Kaposi a fait connaître, sous le nom de *Xeroderma pigmentosum*, est une maladie de famille, une maladie innée ou congénitale, se manifestant dès le premier âge, le plus souvent sur plusieurs frères et sœurs, atteignant presque exclusivement les enfants d'un même sexe, dans une famille les garçons, dans une autre les filles.

Elle se révèle presque toujours dans le cours de la première ou de la seconde année de la vie, par l'apparition, sur les régions du corps exposées à la lumière, de taches rouges auxquelles succèdent des taches pigmentées; la peau se sèche, se tend, s'amincit, prend un aspect luisant, cicatriciel, se marbre de télangiectasies. L'épiderme s'exfolie en lamelles furfuracées, devient rude sur d'autres points et, après quelques années, on voit paraître, en plusieurs endroits, des tumeurs d'épithélioma papillaire et d'épithélioma végétant. Ces tumeurs épithéliomateuses s'ulcèrent, envahissent de larges surfaces et la plupart des jeunes malades succombent entre 10 et 20 ans, aux progrès de la généralisation de l'épithélioma ou dans le marasme, épuisés par l'abondance de la suppuration.

Historique et synonymie. — Cette maladie rare, qui n'a pas encore été étudiée en France et dont je donne dans ce mémoire cinq observations nouvelles, les premières qui aient été recueillies en notre pays, a déjà été décrite, dès l'année 1870, par un des plus savants dermatologistes de l'École de Vienne, le professeur Kaposi. Dans le chapitre *Xeroderma* du *Traité des maladies de la peau* de F. Hebra (vol. II, p. 250 de la traduction de Doyon), il publie les deux premières observations de cette maladie nouvelle. Quelques années plus tard, en octobre 1882, dans un mémoire plus complet, il rééditera ces deux premières observations, en ajoutera six autres qui lui sont également personnelles, et après avoir tracé les caractères distinctifs de cette maladie, l'avoir différenciée de celles avec lesquelles elle pourrait être confondue et avoir démontré que

Digitized by Google

c'est une maladie bien spéciale, il lui donnera le nom de *Xeroderma pigmentosum* (1).

Deux des cas, observés par Kaposi (obs. 3 et 4, pl. XV et XVI), avaient déjà été publiés, en 1874, par GEBER (2), aide de la clinique dermatologique de Vienne, sous ce titre : *Sur une forme rare du nævus des auteurs.* (Ueber eine Seltene Form von Nœvus der Autoren.)

R.-W. TAYLOR, de New-York, dans un mémoire lu, le 4 septembre 1877, à la première réunion de l'Association dermatologique américaine (analysé in *Archives of dermatology*, New-York, janvier 1878), fit connaître sept nouvelles observations. Trois sœurs, filles d'un même père et d'une même mère (obs. 1, 2 et 3) présentaient les symptômes de la *dermatose de Kaposi*, et dans une autre famille, il la reconnut chez deux sœurs (obs. 4 et 5). Frappé de l'importance symptomatologique des télangiectasies et des tumeurs vasculaires qu'il avait constatées, il proposa la dénomination de : *Angioma pigmentosum et atrophicum.*

Dans la même séance, et dans la discussion qui suivit la communication de Taylor, HEITZMANN relata une nouvelle observation (homme de 40 ans; l'affection avait débuté vers l'âge de 8 ou 9 ans) in *Transactions of American Dermat. Association*, 1877, et *Archives of dermatology*, 1878.

Sous ce titre : *A case of the so called Xeroderma* (or *Parchment Skin*) *of Hebra* (*American Journal of med. sciences*, oct. 1878, p. 424), Louis-A. DUHRING publie une très belle observation (une jeune fille de 17 ans, dont l'affection avait commencé à l'âge de 6 mois par des taches de rousseur). Il fait suivre cette observation d'intéressantes remarques.

WILHEM RUDER, dans sa dissertation : *Ueber Epithelialcarcinom der Haut bei mehreren Kindern einer Familie*, Berlin, 1880, résumée dans le mémoire de Neisser, p. 51, fournit sept observations prises sur sept frères : La famille se composait de treize enfants, cinq sœurs bien portantes, et huit frères dont un seul, qui mourut du croup à l'âge de 10 ans, avait la peau parfaitement saine (obs. 7). C'est par erreur que Neisser ajoute cette observation à celle des enfants affectés de la dermatose de Kaposi et, dans son tableau récapitulatif, attribue à Wilhem Rüder huit observations de xeroderma pigmentosum.

Dans le *Vierteljareschrift fur Dermatologie und Syphilis*, 1883, 1er H., p. 47, le professeur NEISSER, de Breslau, a publié un très intéressant travail qui contient deux observations personnelles. Ce mémoire est intitulé : *Ueber das Xeroderma pigmentosum* (Kaposi), *Lioderma essen-*

(1) *Wiener medizin. Jarbücher*, octobre 1882. Mémoire traduit par Doumic, in *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.* Janvier 1883, p. 30.

(2) *Vierteljar. f. Dermat. u. Syphil.* I, H, p. 3, 1875, p. 114, et *Allg. Wiener med. Zeitung*, n° 35, 1874.

Digitized by Google

tialis cum Melanosi et Telangiectasia. Ce sous-titre est la dénomination sous laquelle Neisser propose de désigner la maladie, en indiquant à la fois l'amincissement de la peau, la pigmentation et la télangiectasie qui en sont les principaux signes objectifs.

Je ne pense pas, et en cela, je suis d'accord avec Duhring, que l'étude de cette nouvelle dermatose soit assez avancée pour qu'on puisse la classer définitivement. Les noms proposés par Kaposi, par Taylor et par Neisser ne répondent pas au processus si complexe de la maladie et n'en affirment pas la nature. Aucune de ces dénominations ne tient compte de la troisième période des productions de carcinome épithélial, dont les autres altérations cutanées ne sont que le prélude. C'est pour cette raison que j'ai pris pour parrain de cette maladie, celui qui le premier l'a fait connaître, en a publié les premières observations, l'a reconnue comme maladie spéciale, et je propose de lui donner le nom de *Dermatose de Kaposi.*

Aux vingt-six cas observés jusqu'à ce jour et relevés dans le mémoire de Neisser (1) je viens ajouter cinq nouvelles observations, les premières qui aient été recueillies en France. Ces cinq faits ont été observés dans deux familles. Dans l'une ce sont deux sœurs, dans l'autre ce sont trois frères qui étaient atteints de la maladie de Kaposi.

Observations I et II (famille Delah...)

Rédigées sur les notes fournies par MM. Thuvien et Lermoyez, internes de mon service.

La nommée Louise Delah..., âgée de 11 ans, est entrée, le 25 octobre 1882, à l'hôpital Saint-Louis, salle Alibert, n° 77.

Le grand-père, du côté paternel, est mort très âgé, malgré ses habitudes d'alcoolisme. La grand'mère, du même côté, est morte des suites d'un accident, à un âge avancé.

Le grand-père, du côté maternel, a succombé à une pneumonie à l'âge de 40 ans. Sa femme est morte quelques mois après, épuisée par le chagrin.

Les oncles et les tantes sont d'une bonne santé et ont des enfants bien portants.

Le père et la mère sont cousins germains.

Le *père* paraît très bien portant ; il n'est pas alcoolique, il n'a jamais eu d'affection cutanée et n'a jamais été atteint de syphilis ; il n'est pas rhumatisant.

La *mère* est d'une constitution lymphatique, elle est très nerveuse, a eu des attaques d'hystérie convulsive ; elle n'a jamais eu ni syphilis, ni manifestation cutanée. Sa peau ne présente aucune altération.

(1) Neisser, indique 27 cas, mais j'ai déjà fait remarquer qu'il y a lieu de retrancher une des observations de Wilhem Rüder dont voici le résumé :

Obs. 7. — Karl est mort du croup à l'âge de 10 ans. *Il était le seul garçon de la famille dont la peau fût absolument saine.*

Digitized by Google

L'enfant a deux frères, l'un de 2 ans et l'autre de 8 ans. Tous deux sont sains et vigoureux. Leur peau est normale.

Elle a perdu une sœur aînée, morte à 11 ans, d'une affection cancroïdale qui a débuté comme chez notre petite malade, par des taches pigmentées, de la sécheresse de la peau, et aurait, au dire du père, passé par les mêmes phases en suivant exactement la même marche. Les renseignements qui m'ont été fournis me paraissent établir nettement que cette enfant était atteinte de *xeroderma pigmentosum*. J'en fais le sujet de ma deuxième observation.

Observation I. — Louise D... est née et a été élevée à Juvisy (Seine-et-Oise). Elle n'a pas d'antécédents scrofuleux et elle n'avait pas eu d'autres affections qu'une légère entérite, quand vers l'âge de 3 ans, elle fut atteinte, sans cause connue, de rougeurs ayant les mêmes caractères et les mêmes localisations que chez sa sœur aînée, couvrant la face et les mains, sans suintement, sans croûtes ni desquamation. Peu à peu, à la teinte rouge uniforme s'est substitué un aspect bigarré résultant de décoloration et de pigmentation ponctuée, sous forme de taches de rousseur, de couleur variant du fauve au brun foncé. On n'a remarqué ni symptômes généraux, ni phénomènes nerveux, ni manifestations thoraciques ou abdominales.

Au mois de septembre 1881 le père conduisit son enfant à la consultation de l'hôpital Saint-Louis et mon collègue, le Dr Guibout porta le diagnostic de *scrofulide pigmentaire avec lupus exedens du lobule du nez*. Il prescrivit successivement le sirop de raifort iodé, l'iodure de fer, l'huile de foie de morue, le vin de quinquina.

Etat actuel (25 octobre 1882). — La lésion occupe à peu près toute la face, le cou, jusqu'au niveau de la clavicule, en avant, et jusqu'à celui de l'épine de l'omoplate, en arrière. Elle atteint aussi les avant-bras et les mains.

La peau des régions envahies est criblée d'une multitude de petites taches pigmentées, de dimensions variables depuis celle d'un point à peine perceptible, jusqu'à celle d'une lentille. Leur coloration plus ou moins foncée varie de la teinte fauve au bistre noir.

Ces pigmentations sont entremêlées de petites taches rouges, de petites télangiectasies, qui, à la loupe, apparaissent comme de fines arborisations vasculaires, disposées pour la plupart en forme d'étoiles.

Tête et cou. — La peau du front, des régions temporales et des joues est tendue, comme rétractée, amincie et il est difficile de la plisser entre les doigts. Les traits ont conservé leur expression et n'ont pas l'immobilité qu'on observe dans la sclérodermie. Sous ce derme aminci, on voit les veines et veinules sous-cutanées se dessinant en un réseau bleuâtre. Sur le front, sur les tempes, sur le nez, la peau est lisse, luisante, blanchâtre, et a l'aspect d'une cicatrice unie et très superficielle. Sur ce fond on voit de nombreuses étoiles télangiectasiques, des taches rouges et des taches pigmentées. (Voir Pl. 1 et 2).

Sur le bas des joues, sur le menton et sur le cou, la peau est rude, rugueuse et en desquamation pityriasique. On sent aussi de petites élevures, planes ou acuminées à surface inégale, cornées, que l'ongle n'arrache qu'avec difficulté.

Ces lésions s'arrêtent au niveau des cheveux; le cuir chevelu n'est ni rouge, ni pigmenté, et, à part un peu de desquamation pityriasique, paraît sain. Poils follets assez abondants sur la nuque.

Digitized by Google

Les oreilles sont d'une teinte plus rouge et piquetées de taches pigmentées.

Les lèvres, un peu volumineuses, laissent voir, sur leur partie cutanéo-muqueuse, une surface blanchâtre parcourue par de fines arborisations vasculaires. Aucune altération des muqueuses buccale et pharyngée.

Les paupières inférieures ont une certaine tendance à l'ectropion; elles sont un peu boursouflées, rouges, exulcérées sur le bord libre qui a perdu une bonne partie de ses cils. Les conjonctives oculaires sont un peu rouges, injectées. Sur l'œil droit un ptérygion vasculaire de l'angle interne et une petite nébulosité centrale (néphelion). Deux pustules sur les bords de la cornée droite.

L'aile droite du nez, une partie du lobule et de la sous-cloison, ainsi que l'orifice de la narine gauche, sont rongés par une ulcération d'un rose jaunâtre, saignant facilement, à bords nettement limités, saillants, formant bourrelets, et recouverte de croûtes jaunâtres et noirâtres (*cancroïde ulcéré*). Sur la face droite du nez, une tumeur rougeâtre saillante, du volume d'une noisette, érodée à son centre, saignant facilement, et couverte d'une grosse croûte (*cancroïde végétant*).

Sur le menton et sur la racine du nez deux croûtes noirâtres recouvrent des plaques rouges, vasculaires. Sur la région temporale une large croûte, assez mince, masque une surface rouge, un peu saillante, d'apparence cicatricielle.

Légère adénopathie sous-maxillaire. Les ganglions carotidiens semblent un peu volumineux.

Membres supérieurs. La peau de la face dorsale des mains, des poignets et des avant-bras, jusque vers le tiers supérieur, est altérée. Elle présente la pigmentation, les télangiectasies et la rudesse caractéristiques. Ces altérations vont en diminuant en haut. C'est sur le dos des mains et sur les poignets qu'elles sont le plus accentuées. La peau y semble amincie, semée de petites plaques cicatricielles, couverte d'une fine desquamation adhérente et de quelques saillies rugueuses. Il n'y a ni croûtes ni ulcérations. (Voir Pl. 2).

A la paume des mains la peau paraît normale.

Membres inférieurs. La peau des jambes est un peu sèche, farineuse, sans coloration anormale.

L'examen de la sensibilité des parties affectées ne révèle rien d'insolite. Aucune irradiation douloureuse. Aucun point douloureux sur le trajet du rachis.

14 *décembre.* La tumeur proéminente qui, de la face droite du nez, a gagné la région sous-orbitaire et menace la paupière inférieure, est excisée. La plaie est pansée à l'eau phéniquée à laquelle on substitue, le lendemain, la solution saturée de chlorate de potasse.

25 *décembre.* Une croûte apparaît sur la joue gauche; elle est molle, brun grisâtre, soulevée par de la sérosité purulente et recouvre une petite ulcération à bords proéminents d'un rouge violacé.

26 *décembre.* De nouvelles croûtes se montrent au menton et au sourcil gauche; sur la région de l'apophyse zygomatique du côté gauche on en voit une, aussi large qu'une pièce de 2 francs, molle, sous laquelle suinte de la sérosité purulente. En détachant cette croûte on découvre une surface rouge, exulcérée sur ses bords, irrégulièrement et superficiellement ulcérée au centre.

L'ulcération de la joue s'est creusée et ses bords violacés ont plus de relief.

Le 3 mai, Louise, un mois après avoir été revaccinée, est emmenée chez

Digitized by Google

ses parents. Le 7 mai, elle est atteinte des symptômes prodromiques d'une varioloïde avec fièvre intense et délire ; l'éruption paraît le 12 et devient bientôt confluente.

Je l'ai revue, le 20 juillet, notablement engraissée et mieux portante que pendant son séjour à l'hôpital. Les ulcérations du nez et celles du menton, du sourcil gauche et de la joue, sont parfaitement cicatrisées. Aucune tendance à récidive de la tumeur qui a été enlevée. Les yeux sont toujours rouges, et les conjonctives congestionnées et tuméfiées.

Examen de la tumeur cancroïdale du nez, enlevée le 14 décembre.

Cette tumeur, que nous avons examinée avec le Dr H. Leloir, présentait tous les caractères de l'épithélioma pavimenteux végétant.

Les papilles étaient excessivement allongées, leurs vaisseaux entourés de cellules embryonnaires, infiltrant assez profondément le derme. Les vaisseaux sont dilatés et gorgés de globules rouges.

L'épiderme est très augmenté d'épaisseur, envoyant dans le derme des prolongements plus ou moins allongés et ramifiés. Globes épidermiques assez nombreux dans le réseau de Malpighi.

Observation II. — Irma Dolah..., bien portante jusqu'à l'âge de 18 mois, avait la peau blanche, en apparence normale, lorsque, pendant l'été de l'année 1867, les parents s'aperçurent, un matin, que sa face, ses mains, et ses avant-bras, c'est-à-dire que les parties découvertes étaient devenues le siège de taches d'une rougeur intense qu'ils attribuèrent à l'insolation. Peu à peu la teinte érythémateuse disparut, mais la peau resta rouge, en certains points, et parsemée de petites taches pigmentées. Elle prit un aspect tacheté, de blanc et de brun tout particulier, puis elle devint rugueuse par places, hérissée çà et là de petites duretés comme cornées. Vers l'âge de 4 ans et demi, une tumeur fongueuse, d'un rouge framboisé, saignant au moindre contact se développa sur la joue droite et atteignit bientôt le volume d'une petite pomme d'api. Cette tumeur qui était pédiculée fut enlevée au moyen d'un fil, en 1870, par un chirurgien de l'hôpital de Tours qui porta le diagnostic de *cancroïde végétant, sans adhérence profonde.* La cicatrice se fit lentement et incomplètement ; il resta une ulcération. Entrée à l'hôpital de Tours, le 25 septembre 1870, elle en sortit le 2 décembre.

L'enfant avait 6 ans et demi ou 7 ans, quand une saillie cornée se forma au-dessus de l'arcade sourcillière droite ; elle se développa rapidement, ne tarda pas à s'ulcérer et la tumeur s'étendit progressivement vers la joue, la racine du nez, le front et la tempe, couvrant l'œil sous sa masse bourgeonnante. Cette ulcération fongueuse, rongeant non seulement en surface, mais aussi en profondeur, détermina la nécrose d'une partie d'os, probablement du frontal, qui fut éliminée en un large fragment. Quelques mois après, en 1876, la petite malade succombait, à l'âge de 11 ans, dans un état de marasme extrême, épuisée par les souffrances et par l'abondance de la suppuration.

Observations III, IV et V. (Famille Larré.)

Cinq enfants, 4 garçons et une fille.

Dominique, 15 ans, très bien portant, petit, nerveux, brun, peau assez colorée et parfaitement normale.

Digitized by Google

François, 12 ans, atteint de xeroderma pigmentosum avec tumeur épithéliomateuse, (obs. III).

Pierre, mort à l'âge de 10 ans, le 9 juin 1883, épuisé par d'énormes tumeurs épithéliomateuses ulcérées, développées sur un xéroderma pigmentosum. (obs. IV).

Marie, 7 ans, petite fille très bien portante. Aucune lésion cutanée.

Laurent, 5 ans, présente les symptômes caractéristiques du xeroderma pigmentosum, (obs. V).

Sur les indications fournies par M. le Dr Dupourqué, médecin consultant aux eaux de Salies de Béarn, qui, en 1882, avait eu à traiter ces enfants dont il m'envoya les photographies, et par le Dr Guichard d'Angers auquel il avait montré les petits malades, je pensai que cette maladie de famille était probablement le xeroderma pigmentosum. Les renseignements plus explicites qui me furent donnés par le professeur Depaul et par le Dr Marque, me confirmèrent dans cette opinion et me décidèrent à faire le voyage et à les accompagner dans un petit village des Basses-Pyrénées, à Eslourenties-Daban, canton de Morlaas, où nous pûmes voir les petits malades et prendre en détail les observations.

Le père est un homme maigre, nerveux, de 46 ans, d'une très bonne santé. Sa peau est brune, surtout dans les régions exposées au soleil, mais sans sécheresse. Il n'a jamais eu ni syphilis, ni pellagre.

La mère, petite, maigre, d'assez bonne santé habituelle, a 45 ans. Elle est convalescente d'une pneumonie. Antérieurement elle a eu deux pneumonies. Aucun soupçon de tuberculose. Elle n'a jamais eu ni syphilis, ni pellagre.

Les ascendants du père sont bien portants. Il a deux sœurs en très bonne santé. De ses deux frères, l'un est mort accidentellement à l'âge de 15 ans, l'autre a succombé à 35 ans, à un *cancer du pylore* constaté par le Dr Marque.

La mère a perdu son père et sa mère. Tous deux sont morts d'affections cardiaques, l'un à 78 ans, l'autre à 76 ans. Elle a trois frères et six sœurs, tous ayant une très bonne santé.

Observation III. — François L..., 12 ans, était un bel enfant et paraissait avoir la peau saine, au moment de sa naissance, et pendant les deux premières années de son existence. Il a été élevé au sein jusqu'à l'âge de 18 mois. Sa dentition a été régulière. Il n'a eu aucune maladie. C'est vers l'âge de deux ans que sa mère a remarqué quelques taches sur le nez et sur les joues, taches de rousseur augmentant à l'époque des chaleurs. Graduellement ces taches pigmentées se sont étendues sur la figure, et, cinq ou six mois plus tard, la peau devenait sèche et écailleuse. Deux ans après le début toute la face, les oreilles et le cou étaient envahis.

La coloration des taches, plus intense au printemps et surtout pendant l'été, diminuait pendant l'hiver.

Toute la face était déjà envahie et l'affection durait depuis environ deux ans, quand la peau des mains et des poignets a commencé à s'altérer.

C'est à peu près à la même époque qu'on a vu se former, sur la peau de la face et des oreilles, de petites saillies verruqueuses et de petites croûtes qui laissaient, en tombant, des cicatrices rouges.

Vers l'âge de 6 ans les premières tumeurs se sont développées sur les joues. Ces tumeurs fongueuses, végétantes, n'ont pas tardé à s'ulcérer, à se

Digitized by Google

recouvrir de croûtes formant des saillies coniques, laissant en se détachant une surface ulcérée, saignant au moindre contact.

Depuis trois ans le nez présente plusieurs de ces tumeurs, et il y a plus d'un an qu'elles se sont ulcérées.

Depuis quatre ou cinq ans, sur les bords du pavillon de l'oreille, ont poussé des productions cornées, terminées en pointe, dont quelques-unes ont près d'un centimètre de hauteur.

Les parents ont remarqué que ces tumeurs se formaient sur les taches les plus noires.

Il y a un an une tumeur de la face dorsale du poignet droit est tombée spontanément, laissant à sa suite la cicatrice qu'on observe actuellement. Débutant sous forme d'une petite verrue, en trois mois elle avait atteint le volume d'un petit œuf ; avant de se détacher elle s'était pédiculisée et ulcérée.

Etat actuel. — L'état général est bon ; l'appétit est régulier, les digestions parfaites, le sommeil est excellent. L'enfant est gai, actif et n'a jamais de fièvre. Son intelligence ne paraît pas avoir été affectée ; il lit et écrit aussi bien que ses camarades d'école.

L'attention est attirée d'abord par les taches pigmentées dont le cou et la face sont couverts et par les tumeurs qui occupent les mêmes régions. On en compte 18 ; elles sont presque toutes ulcérées et végétantes. Deux d'entre elles sont derrière l'oreille gauche et une autre est située derrière la nuque.

Le lobule et les ailes du nez sont envahis et profondément détruits par des ulcérations végétantes et fongueuses dont la saillie dépasse le niveau de la peau d'environ un centimètre et demi. La sous-cloison est ulcérée et en partie détruite. Ces ulcérations épithéliomateuses saignent au moindre attouchement. Sur la racine du nez, la peau est sèche, luisante, *amincie*, d'apparence cicatricielle, semée d'étoiles télangiectasiques, d'un rouge assez vif ; elle est vascularisée et d'un rouge violacé près des ulcérations.

Sur la joue gauche une large ulcération au-dessous de l'œil, avec grosses végétations arrondies ; l'une d'entre elles est pédiculée. Sur la joue droite une large tumeur ulcérée, recouverte d'une grosse croûte ; les bords de l'ulcération sont violacés.

La peau des joues est blanche, amincie, luisante et marbrée de nombreuses étoiles télangiectasiques.

L'oreille droite est hérissée de huit végétations cornées, dont six sur le pavillon, une sur l'hélix et une plus grosse sur l'antitragus.

L'oreille gauche ne donne implantation qu'à deux végétations cornées ; elles sont situées derrière l'oreille, dans le fond du pli.

Yeux. — La cornée de l'œil gauche est fongueuse, la vision est abolie. Brides cicatricielles de la conjonctive palpébrale, ectropion de la paupière inférieure.

L'œil droit est sain ; mais les paupières sont altérées, leur bord libre est ulcéré, végétant par places. A l'angle externe de la paupière inférieure, on voit une grosse végétation, du volume d'une petite fraise, ulcérée et saignante ; les végétations fongueuses de la paupière supérieure s'avancent jusqu'à la moitié de la longueur des cils et laissent suinter un liquide sanieux.

La pigmentation de la face et du cou est remarquable. Ces régions sont couvertes de taches pigmentées dont la couleur varie du fauve au noir, la plupart ayant une teinte bistre, d'un brun foncé. La dimension de la plupart d'entre elles s'étend de celle d'une tête d'épingle à celle d'une lentille. On

Digitized by Google

en voit de plus larges, au-dessus de l'œil et au menton, où quelques-unes ont plus d'un centimètre de diamètre.

Les poils sont conservés et le duvet est abondant.

Sur la nuque on voit une grosse tumeur ovalaire, de trois centimètres et demi de longueur, sur deux centimètres et demi de largeur ; ses bords sont plus larges que sa base ; rétrécie et étranglée à sa base, elle s'étale en champignon ; elle est ulcérée, fongueuse, recouverte de croûtes grisâtres et brunâtres et limitée par des bords d'un rouge violacé.

Le cou est fortement pigmenté ; la peau est très sèche, rugueuse, écailleuse ; la desquamation est grisâtre et très adhérente. Nombreuses saillies verruqueuses. Poils conservés, duvet abondant.

La peau des *mains* et du tiers inférieur des *avant-bras* est d'un brun violacé, finement piquetée de petites taches pigmentées. La pigmentation est plus marquée au niveau des phalanges qu'à celui des phalangines ; la teinte va en diminuant, d'un côté vers l'ongle et de l'autre vers l'avant-bras. Poils conservés, duvet assez abondant. Ongles sains.

A la partie supérieure du poignet droit et sur sa face dorsale, cicatrice du diamètre d'une pièce d'un franc, indiquant la place de la tumeur qui s'est détachée spontanément. La peau du dos de la main est sèche, rugueuse, semée de saillies verruqueuses ; l'une de ces saillies commence à se vasculariser et prend une teinte violacée.

Sur la face dorsale de la main gauche, saillies verruqueuses nombreuses, dont quelques-unes sont cornées.

A part une large tache brune sur la région thénar de la main droite, la peau de la paume des mains semble normale.

La peau de la face antérieure des avant-bras est moins pigmentée et beaucoup moins tachetée que celle de la face postérieure.

Les *jambes* sont habituellement nues. La peau est brune, piquetée de taches pigmentées d'un brun clair ; la teinte est plus foncée autour des cous-de-pied. Là où la coloration brune paraît uniforme, à la partie inférieure de la jambe et à la face dorsale du pied, il y a un semis de points plus clairs, formant un piqueté blanchâtre. Les poils des jambes sont abondants.

A l'*examen microscopique* les tumeurs verruqueuses, cornées, présentent les caractères de l'épithélioma papillaire et les grosses tumeurs ceux de l'épithélioma lobulé (cancroïde fongueux).

Observation IV, rédigée sur les notes recueillies par M. le Dr Marque, de Morlaas (Basses-Pyrénées).

Pierre L..., a succombé le 10 juin 1883, à l'âge de 10 ans, aux progrès du xeroderma pigmentosum, dont il avait présenté les premiers symptômes vers la fin de sa deuxième année. Il a été élevé comme ses frères et sa sœur dans des conditions hygiéniques favorables. Il est né bien constitué et s'est régulièrement développé. Sa mère l'a nourri jusqu'à 18 mois. La dentition a été facile et normale. La seule maladie dont il ait été atteint pendant sa première enfance est une bronchite qu'il a contractée à l'âge de 6 mois.

Jusqu'à l'âge de 2 ans, il avait une peau remarquablement blanche et fine. C'est alors que la maladie débuta, pendant l'été, sur la surface extérieure du nez, par quelques petites taches pigmentées, non proéminentes, que la mère regarda comme des *taches de rousseur*. Ces taches s'étendirent progressivement sur l'une et l'autre joue, le front, le visage tout entier, le cou et les bords du cuir chevelu. Éparses d'abord, elles devinrent de jour en jour

Digitized by Google

plus confluentes en même temps que le plus grand nombre d'entre elles gagnait en étendue.

Vers l'âge de 4 ans (2 ans après le début), la pigmentation couvrait les parties ci-dessus mentionnées, à la façon d'un masque, dont la teinte, variable suivant les saisons, était brune pendant l'automne et l'hiver et devenait plus foncée, noirâtre en bien des points, pendant le printemps et l'été.

A la fin de la première année, la surface des parties envahies devint écailleuse et l'épiderme commença à desquamer, en petites lamelles pityriasiques, se renouvelant sans cesse et tombant sous le moindre frottement. C'était surtout pendant les chaleurs que cette desquamation était la plus active.

C'est à la fin de la deuxième année que l'affection commença à se manifester sur la peau des mains et sur celle des deux tiers inférieurs des avant-bras, par des taches pigmentées, absolument identiques à celles de la face et du cou. Cinq ans après le début, la peau des pieds et des jambes, habituellement découverte pendant l'été, s'altérait de la même façon. Les pieds et les jambes restèrent lisses, tandis qu'aux avant-bras et aux mains, on constatait déjà quelques-unes des saillies verruqueuses que nous allons retrouver sur la face et sur le cou.

C'est à l'âge de cinq ans que la mère fait remonter l'apparition des premières saillies verruqueuses sur les joues et le nez. Progressivement on en vit d'autres se former sur tout le visage, les oreilles et le cou. Elles consistaient d'abord en papilles hypertrophiées, faisant une légère saillie, et devenant plus tard des tubercules durs, recouverts d'un produit corné. Pendant une période de deux ans environ, quelques-unes de ces productions tombèrent, en laissant une cicatrice superficielle, pour se reproduire ailleurs, *sur les taches les plus noires*.

A ces saillies verruqueuses, succédèrent, à l'âge de sept ans, les premières tumeurs. Elles étaient rares à ce point que de sept à neuf ans les parents n'en remarquèrent qu'une sur l'aile droite du nez, une seconde sur la paupière inférieure droite, une troisième à la lèvre inférieure, et cinq ou six, relativement petites sur la face et le cou. Ces tumeurs se montrèrent successivement. Après avoir opéré leur évolution, en cinq ou six mois, et avoir acquis le volume d'un œuf de pigeon, elles tombèrent, après s'être ulcerées, en laissant une mince cicatrice blanche.

L'enfant était âgé de neuf ans, quand le Dr Marque le vit pour la première fois, ainsi que ses deux frères. La santé générale était très bonne. Les taches pigmentées siégeaient sur toutes les parties découvertes et exposées à la lumière. (Visage et cou, mains et avant-bras, pieds et jambes). Des saillies verruqueuses étaient parsemées sur les mains et très nombreuses sur le visage et sur le cou. Deux grosses tumeurs occupaient l'une la lèvre inférieure, l'autre la partie inférieure de l'aile du nez.

L'enfant fut soumis à un traitement tonique et envoyé aux eaux de Salies de Béarn.

Au retour de Salies, la tumeur de la lèvre inférieure était tombée pour ne plus reparaître ; la tumeur du nez, au contraire, avait doublé de volume et s'était altérée. Elle avait alors l'aspect d'une tumeur épithéliomateuse ulcérée, irrégulièrement découpée sur ses bords et couverte de bourgeons charnus ; elle laissait suinter une certaine quantité de sérosité citrine, souvent colorée en brun par du sang.

L'enfant retourna l'année suivante à Salies, où il fut soumis, comme la

Digitized by Google

première fois, aux soins de M. Dupourqué, médecin inspecteur. Depuis le mois d'octobre 1882, la tumeur n'a cessé de faire des progrès tant en superficie qu'en profondeur. Le 10 avril 1883, le Dr Marque montrait ce malade au professeur Depaul. Ils constataient que la tumeur, considérablement développée, occupait la lèvre supérieure, toute l'étendue du nez, le tiers interne des deux joues, remontant en haut sur les deux paupières inférieures et la paupière supérieure de l'œil droit, qu'elle couvrait totalement, envoyant en bas deux prolongements, qui retombaient sur la lèvre inférieure. Cette tumeur, ulcérée et bourgeonnante saignait facilement. Tous les tissus normaux en contact avec l'épithélioma avaient fini par disparaître progressivement. Les os propres du nez et la moitié antérieure et interne des maxillaires supérieurs avaient été atteints et étaient détruits. Un ichor abondant et fétide s'écoulait de ces surfaces ulcérées.

Dans les deux mois qui précédèrent la mort, la suppuration devint encore plus abondante et plus fétide. Épuisé par cette suppuration, l'enfant perdit ses forces et arriva à une maigreur extrême; le scrotum et les jambes s'infiltrèrent, la marche devint impossible, et, dans un état de cachexie profonde, il succomba le 10 juin.

L'*autopsie* fut faite par le Dr Marque, 24 heures après la mort :

1° La peau de la face et du cou est restée tachée de brun, comme elle l'était du vivant de l'enfant. La peau des mains et des avant-bras, celle des pieds et des jambes est redevenue à peu près aussi blanche que celle du reste du corps.

2° La tumeur a détruit complètement les os propres du nez et la portion antérieure et interne des maxillaires supérieurs.

3° Le crâne n'a pas été ouvert.

4° *Thorax*. Les plèvres, les poumons, le péricarde et le cœur paraissent sains.

5° *Abdomen*. La cavité abdominale renferme plusieurs litres d'un liquide citrin. Le péritoine, les ganglions, les circonvolutions intestinales ne présentent rien d'anormal. Les reins sont sains, ainsi que l'estomac. La rate un peu grosse paraît saine. Le foie est très hypertrophié et a presque triplé de volume, il est libre de toute adhérence anormale et occupe la totalité de l'hypochondre droit, la région épigastrique et l'hypochondre gauche. La surface est d'une teinte jaune et marbrée de rouge. Le tissu est mollasse, moins résistant qu'à l'état normal; les altérations sont celles du foie gras.

Observation V. — Laurent L..., 5 ans, d'apparence assez vigoureuse, n'a jamais été malade. Il a été nourri au sein, jusqu'à 14 mois, et sa dentition a été régulière. Sa peau fine et blanche n'a commencé à s'altérer que vers l'âge de 2 ans 1/2. Antérieurement elle paraissait absolument normale.

On a remarqué d'abord, pendant l'été, des taches brunâtres comme des taches de rousseur (lentigo), qui se sont étendues vers les joues et en 6 mois ont envahi toute la face. 18 mois après ce début, la peau de ces régions devenue sèche, rugueuse, était le siège d'une desquamation pityriasique. Depuis 1 an, la peau du cou s'est couverte de taches brunes et sur la face les petites rugosités verruqueuses, que nous remarquons actuellement, ont commencé à paraître.

La mère ne peut nous dire à quelle époque les mains et les avant-bras se sont pigmentés. Elle a pensé que la peau de ces régions, exposées à l'air, avait bruni sous l'influence du soleil.

Digitized by Google

Laurent n'est jamais malade, il a bon sommeil, bon appétit; ses digestions sont régulières; il est actif, gai, s'amuse avec les autres enfants et paraît intelligent.

Etat actuel (13 juin 1883). — Le fond du teint de la *face* est rouge. Sur ce fond sont semées en grande quantité des taches de lentigo d'autant plus foncées qu'elles sont plus larges. Un assez grand nombre de ces taches atteint le diamètre d'une lentille; elles sont d'une coloration bistre foncé. C'est sur le front et sur les joues qu'elles sont le plus abondantes. La peau est sèche, rude au toucher, et en bien des points présente une desquamation fine, grisâtre, adhérente.

A la racine du nez, on voit une petite végétation cornée. Il y en a une autre sur la joue droite et une troisième sur la lèvre supérieure.

Les *oreilles* sont rouges, très peu pigmentées. Leur peau est sèche, un peu écailleuse.

Les *yeux* sont injectés, la conjonctive est rouge, vascularisée du côté droit; sur le bord libre de la paupière supérieure, une petite tumeur verruqueuse fait une saillie de 2 millimètres. Sur la conjonctive palpébrale inférieure, une

	NOMS des auteurs.	NOMBRE de cas.	SEXE.	AGE.	CONSANGUINITÉ.
1		1	Fille.	18 ans.	.....
2		2	*Id.*	10 ans.	.....
3	M. Kaposi. 8 observations.	3	*Id.*	6 ans.	2 sœurs.
4		4	*Id.*	8 ans.	
5		5	*Id.*	5 ans 1/2.	1 frère et 1 sœur
6		6	Garçon.	2 ans 1/2.	
7		7	Homme.	17 ans.	.....
8		8	Homme.	22 ans.	.....
9	R.-W. Taylor. 7 observations.	1	Fille.	.....	3 sœurs.
10		2	*Id.*	.....	
11		3	*Id.*	.....	
12		4	*Id.*	.....	2 sœurs.
13		5	*Id.*	.....	
14		6	*Id.*	.....	.....
15	Heitzmann. Duhring.	7	*Id.*	.....	.....
16		1	Homme.	40 ans.	.....
17		1	Fille.	17 ans.	.....
18	Wilhem-Rüder. 7 observations.	1	Garçon.	5 mois.	7 frères.
19		2	*Id.*	18 mois.	
20		3	*Id.*	4 ans.	
21		4	*Id.*	5 ans.	
22		5	*Id.*	9 ans.	
23		6	*Id.*	11 ans.	
24		7	*Id.*	10 ans.	
25	A. Neisser. 2 observations.	1	Homme.	24 ans.	2 frères.
26		2	*Id.*	22 ans.	
27	E. Vidal. 5 observations.	1	Fille.	11 ans.	2 sœurs.
28		2	*Id.*	11 ans.	
29		3	Garçon.	5 ans.	3 frères.
30		4	*Id.*	12 ans.	
31		5	*Id.*	10 ans.	
		31 observations.	15 sexe féminin 16 sexe mascul.		8 familles. 23 frères et sœurs

Digitized by Google

tache pigmentée, noire, plus large qu'une lentille. Vers l'angle externe, près de la cornée, sur la sclérotique, une autre tache pigmentée du diamètre d'une lentille.

La face dorsale des mains et le tiers inférieur des avant-bras sont d'une coloration brune foncée, mais sans taches de lentigo distinctes.

Les jambes, *habituellement nues*, sont fortement colorées en brun fauve et piquetées de points blanchâtres. Pas de taches pigmentées distinctes. Teinte plus foncée et état truité plus marqué autour des malléoles et sur la face dorsale des pieds.

Chez cet enfant l'affection est au commencement du deuxième degré.

Ces 5 observations jointes aux 26, qui ont été publiées jusqu'à ce jour, forment un total de 31 observations. J'ai cru devoir les rapprocher dans un tableau d'ensemble qui en fait ressortir plusieurs données importantes, tant au point de vue de la marche, de la durée et de la terminaison, qu'à celui de l'étiologie.

AGE des malades au début de la dermatose.	CARCINOME épithélial (cancroïde).	AGE au début du cancroïde.	REMARQUES.	MORTS.
1 an.	.....	.....	Morte de cancer du péritoine.	A 25 ans.
1 an.	Carcinomes épith.	11 ans.	Morte de carcinomes multiples.	A 13 ans.
2 ans.	Carcinomes épith.			
2 ans.	Carcinomes épith.			
2 ans.	.....	.....	Sourde et muette.	
2 ans.	.....	.....		
?	Carcinomes multiples.	12 ans.		
16 ans.	Carcinomes épith.	19 ans.		
1 an.	Renseignements incomplets.			
1 an.				
1 an.				
1 an.				
1 an.				
1 an.				
1 an.				
Entre 8 et 9 ans.	Carcinome.			
1 an.	.....	.....	Mère morte de cancer.	
Dans le cours de la première année.	.....	.....	1 frère indemne mort du croup à l'âge de 10 ans.	
	.....	.....		
	.....	.....		
	Cancroïde de la lèvre inf.	.....		
	Cancroïde de la lèvre inf	.....		
	Cancroïde de la joue droite.	.....		
	Carcinome de la région temporale.	.....	A succombé aux progrès du cancroïde.	A 10 ans.
Pendant la première année.	Cancroïde.	.....	Père mort d'une affection de l'œsophage probablement cancéreuse.	
3 ans.	Epithéliomas fongueux.	9 ans.		
18 mois.	Epithéliomas fongueux.	4 ans 1/2	A succombé aux progrès du cancroïde.	A 11 ans.
2 ans 1/2	Epithéliomas verruqueux.	4 ans.	Oncle paternel mort de cancer d'estomac.	
2 ans.	Epithéliomas verruqueux à 4 ans et fongueux à 6 ans.	De 4 à 6 ans.	A succombé aux progrès du cancroïde.	A 10 ans.
2 ans.	Epithéliomas verruqueux à 5 ans, tumeurs à 6 ans.	De 5 à 7 ans.		
16 dans le cours des deux premières années de la vie.				

Étiologie. — Le xeroderma pigmentosum est une maladie innée ou congénitale. Les enfants en apportent le germe en naissant, mais, comme dans le plus grand nombre des cas de xerodermie ichthyosique, ce n'est qu'un certain temps après la naissance qu'on peut en constater les premiers symptômes.

Il ne paraît pas héréditaire : il faut noter cependant que la mère de l'une des malades (obs. de Duhring) était morte d'un cancer; le père des deux malades de Neisser avait succombé à une tumeur cancéreuse et un oncle (côté paternel) des 3 frères dont j'ai relaté les observations était mort d'un cancer de l'estomac.

Il serait intéressant de savoir si les quelques malades qui sont parvenus à l'âge adulte (obs. 1 et 8 de Kaposi, obs. d'Heitzmann, obs. 1 et 2 de Neisser) ont eu des enfants, et ce que sont devenus ou deviendront ces enfants.

Il est vraisemblable qu'aucun de ces malades n'a eu de descendance, car on ne trouve à cet égard aucun renseignement dans les observations.

Age. — Sur 31 observations, 26 fois les premières manifestations se sont produites dans le cours des deux premières années de la vie, 2 fois entre 2 ans 1/2 et 3 ans, une fois à 8 ans, une fois à 16 ans.

Sexe. — Le sexe ne paraît exercer aucune influence spéciale ; 15 des sujets appartenaient au sexe masculin et 16 étaient du sexe féminin.

Consanguinité. — Cette affection atteint plusieurs enfants d'une même famille et presque exclusivement ceux d'un même sexe. Si les garçons présentent les symptômes du xeroderma pigmentosum, les filles restent indemnes et réciproquement. C'est ainsi que dans les observations prises par Wilhem Rüder dans la famille B... à Eutin, sur les 13 enfants nés d'un même père et de la même mère, 7 garçons sur 8 ont été atteints par cette affection, et les 5 filles n'en ont présenté aucun symptôme. L'auteur dit que Karl, le deuxième enfant du sexe masculin, qui mourut du croup à l'âge de 10 ans, avait la peau remarquablement saine.

Dans les observations de Taylor ce sont, dans une famille, trois filles et, dans une autre famille, deux filles qui sont affectées de la maladie que nous étudions.

Dans nos observations personnelles, nous voyons dans la famille D.. , deux filles frappées par le xeroderma pigmentosum, les deux autres enfants, deux garçons, restant indemnes. Dans la famille L..., ce sont trois garçons, sur quatre, qui sont victimes de la maladie, une fille, dont la naissance est intermédiaire à celle de deux des garçons malades, reste saine.

La règle en vertu de laquelle les enfants d'un même sexe seraient

Digitized by Google

seuls sujets à cette affection, ne serait pas absolue et comporterait quelques exceptions. Nous pouvons déjà en signaler une. Elle nous est fournie par les observations Ve et VIe de Kaposi, dont les sujets, âgés l'un de 5 ans 1/2 et l'autre de 2 ans 1/2, sont le frère et la sœur.

Le plus grand nombre des sujets atteints vivaient dans de bonnes conditions hygiéniques; ni l'habitation, ni l'alimentation, ni la misère, ne semblent exercer une influence sur les déterminations de cette maladie.

Il est vraisemblable que l'action des rayons solaires agit comme cause occasionnelle, comme un irritant pouvant hâter le début des premiers symptômes. Comme pour l'érythème pellagreux, ce sont les parties du corps habituellement découvertes, la face, le cou, les mains et les avant-bras, qui sont le siège des premières manifestations. C'est pendant la saison chaude, au printemps ou pendant l'été, qu'elles apparaissent. Dans plusieurs observations, il est expressément noté que c'est à la suite d'un coup de soleil qu'on a remarqué les premières altérations de la peau.

Les deux facteurs les plus importants dans l'étiologie du xeroderma pigmentosum seraient donc : l'innéité, comme cause prédisposante, et l'insolation, comme cause occasionnelle.

Symptômes. — C'est généralement dans le cours de la première ou de la seconde année de la vie, parfois même dès le cinquième ou le sixième mois, que se manifestent les premiers symptômes de la dermatose de Kaposi.

Jusque-là l'enfant paraissait sain, sa peau semblait normale, lorsque du jour au lendemain, au printemps ou pendant l'été, la peau de la face se couvre de rougeurs analogues à celles que provoque un coup de soleil. Tantôt la teinte rouge est diffuse et étalée en larges plaques, tantôt ce sont des taches rouges, ressemblant à celles de la rougeole au point que l'erreur de diagnostic a été signalée.

Ces taches rouges ne s'effacent pas complètement, elles laissent des macules pigmentées de couleur fauve, qu'on croit être de simples taches de rousseur. Dans un certain nombre de cas il n'est pas fait mention des rougeurs, comme signe de début, et la dermatose semblerait avoir débuté par l'apparition des macules pigmentées. Graduellement ces taches prennent une teinte plus foncée, elles s'élargissent pour la plupart et il s'en forme de nouvelles. Leur diamètre varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'une lentille. Quelques-unes même atteignent de plus grandes dimensions. Leur degré de coloration s'étend du fauve clair au bistre le plus foncé. Ce sont les plus larges et les plus anciennes dont la teinte se rapproche le plus du noir.

Digitized by Google

Ces lentigines sont très nombreuses, la peau en est criblée. Elles se montrent d'abord sur les parties découvertes et exposées à la lumière, sur la face et sur le cou, et plus tard sur les mains et les avant-bras. Ce n'est qu'à la longue, après plusieurs mois et même plusieurs années que cette altération pigmentaire se propage de proche en proche et s'étend sur les parties de la peau protégées par les vêtements, comme, par exemple, sur la région antérieure de la poitrine et sur les régions supérieures de l'avant-bras. Chez les enfants Larré, (obs. 3, 4 et 5), les jambes, habituellement nues et exposées au soleil du midi, étaient pigmentées et présentaient les lésions du début du xéroderma.

On n'a pas signalé de lésions des membranes muqueuses; nous avons vu des taches pigmentées, très foncées, sur la muqueuse palpébrale et sur la sclérotique. (obs. 5.)

En même temps qu'elle se macule de taches brunâtres, la peau se sèche, devient rugueuse, l'épiderme s'écaille et se détache sous forme de fines lamelles furfuracées. Cette desquamation pityriasique ne tarde pas à s'accompagner d'autres lésions trophiques, de pustules rappelant celles de l'impétigo, d'exulcérations très superficielles, recouvertes de croûtes jaunâtres, mélitagriques, ou de croûtes brunâtres. (Voir la joue gauche, Pl. 1.)

En se détachant, ces exsudats concrétés découvrent des cicatricules d'un rouge plus ou moins foncé, souvent d'un rouge vif, qui plus tard blanchiront. Sur la plupart on ne tardera pas à voir se dessiner des télangiectasies, sous forme d'étoiles vasculaires ou d'arborisations. A mesure que l'affection progresse, les taches blanches cicatricielles deviennent plus nombreuses, se réunissent en nappes et forment de larges plaques. Elles occupent de préférence le nez, les joues, le front, dont la peau devenue lisse, luisante, s'amincit plus ou moins et se tend, tout en conservant sa mobilité. En la pinçant, en la faisant glisser sur les tissus sous-jacents, elle donne une sensation toute différente de celle de la sclérodermie: c'est une véritable atrophie cutanée.

Quand la dermatose est arrivée à ce second degré, les régions atteintes présentant à la fois des taches pigmentées, de la sécheresse, de l'exfoliation de l'épiderme, des croûtes superficielles, des plaques cicatricielles blanchâtres avec taches télangiectasiques, d'un rouge vif, et atrophie de la peau, revêtent cet aspect bariolé si caractéristique qui a frappé l'attention de tous ceux qui ont observé cette maladie. Elles lui impriment un cachet pathognomonique.

Cet état persiste pendant plusieurs années, les altérations envahissant graduellement les régions voisines, la disposition à la sécheresse et aux rugosités augmentant; puis on voit surgir, le plus habituellement sur une

Digitized by Google

ou plusieurs des taches pigmentées, et de préférence sur les plus larges et les plus foncées en couleur, de petites saillies verruqueuses. Ces excroissances papillaires se coiffent d'un revêtement épithélial corné et prennent la forme de pointes, les cellules épithéliales étant soudées en forme de corne dure. En arrachant cette corne on met à nu une surface papillomateuse saignante, ce sont les premières manifestations de l'épithélioma, le *cancroïde papillaire* de Virchow, l'épithélioma *verruqueux*. De ces petites tumeurs acuminées, les unes s'accroissent par leur base, deviennent fongueuses, végétantes et puis s'ulcèrent (*cancroïde fongueux*). Ces tumeurs mollasses d'épithélioma lobulé se forment aussi sur d'autres points, sur des taches pigmentées ou sur les cicatrices rouges qui succèdent aux exulcérations; elles peuvent encore prendre naissance dans l'épaisseur du derme, comme nous le verrons en étudiant l'anatomie pathologique de cette rare et singulière affection. Quelques-unes de ces tumeurs peuvent tomber spontanément, en laissant une ulcération qui se cicatrise (Obs. 3 et 4, enfants Larré); ce sont ordinairement les plus végétantes, celles qui s'étendent en champignon à leur sommet, et qui sont étranglées ou pédiculisées à leur base. D'autres s'ulcèrent, envahissent les tissus sous-jacents, détruisent les cartilages, altèrent les os, en produisant des destructions considérables en surface et en profondeur; les malades finissent par succomber, épuisés par la multiplicité de ces cancroïdes en suppuration, ou bien, ce qui est plus rare, par la généralisation de l'épithélioma. Sur le même sujet nous avons compté 18 tumeurs cancroïdales, sur le petit malade de notre 4e observation toute la face était envahie et horriblement mutilée.

La dermatose de Kaposi ne s'accompagne pas de *symptômes généraux*. La santé reste bonne, les enfants se développent normalement, leur dentition est régulière. Ce n'est qu'à la fin de la troisième période, lorsque les tumeurs épithéliales sont ulcérées, qu'elles ont envahi de larges surfaces et suppurent abondamment, qu'on voit les malades pâlir, maigrir, tomber dans l'affaiblissement et arriver graduellement aux limites extrêmes du marasme.

Marche. — On peut diviser en trois périodes la marche de la dermatose de Kaposi :

1° La première période, période de début, est caractérisée par des taches rouges ou par des taches de rousseur dont la pigmentation devient graduellement plus foncée;

2° A la deuxième période, à ces pigmentations s'ajoutent la sécheresse de la peau, l'exfoliation de l'épiderme, les croûtes superficielles, l'atrophie cutanée et les télangiectasies;

Digitized by Google

3° A la troisième période, formation de saillies verruqueuses (épithélioma verruqueux ou corné), apparition des tumeurs d'épithélioma végétant (cancroïde fongueux).

Durée. — L'affection est essentiellement chronique, son évolution est lente et dure plusieurs années. Les symptômes initiaux se manifestent généralement dans le cours de la première ou de la seconde année. Les tumeurs épithéliomateuses se développent entre la quatrième et la sixième année. Sur les 31 malades, 5 sont morts : 2 à 10 ans, 1 à 11 ans, 1 à 13 ans, et le 5e à 25 ans. La moyenne de la durée serait entre 10 et 12 ans.

Pronostic. — Le pronostic est très grave et le xeroderma pigmentosum semble être une maladie incurable et fatalement mortelle. La seconde période peut se prolonger pendant plusieurs années avant que se produisent les tumeurs épithéliomateuses; mais celles-ci, une fois formées, tendent sans cesse à s'accroître, à devenir plus volumineuses et à se multiplier. Le pronostic est alors celui de l'épithélioma multiple, à dénouement fatal plus ou moins rapproché, variable quant à l'échéance suivant le siège, l'étendue et la profondeur de la lésion, et aussi suivant l'âge des sujets.

Anatomie pathologique. — Kaposi, dans son mémoire sur le xéroderma pigmentosum (1), en esquisse à grands traits l'anatomie pathologique et reproduit ce qu'il avait déjà écrit dans l'article *xeroderma* du *Traité des maladies de la peau*, de F. Hébra :

« L'examen microscopique de quelques boutons, de quelques taches « pigmentées excisées et d'une partie du bord de l'ulcération de l'oreille « permet de reconnaître dans toutes ces parties du carcinome épi- « thélial. »

La planche 19 de Kaposi représente les lésions de l'épithélioma lobulé. (Carcinome épithélial.)

Plus loin (*loc. cit.*, p. 36), il ajoute :

« Dans le xeroderma, l'altération, le ratatinement, l'atrophie, sem- « blent commencer par le corps papillaire et l'épiderme, et de là se « propager vers le derme. L'altération de la pigmentation est évidem- « ment une conséquence du travail d'atrophie, ainsi que cela s'observe « aussi dans d'autres cas où l'atrophie se produit. »

(1) Traduction de Doumic, *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, janvier 1883, p. 34.

Digitized by Google

« Peut-être l'atrophie des vaisseaux papillaires est-elle le début de « cette altération ; elle amène l'atrophie des papilles, de l'épiderme e « de la formation du pigment, en déterminant, d'autre part, la produc- « tion de petites télangiectasies. »

A. Neisser (*loc. cit.*, p. 58) décrit plus complètement les altérations histologiques, et ses recherches concordent, sur les points principaux, avec les nôtres.

« Le pigment se dépose en taches isolées, semblables aux tumeurs de « la mélanose. Au microscope on voit que le pigment est placé dans les « couches les plus profondes de l'épiderme et forme rarement quelques « dépôts noirs dans le chorion. Dans les parties saines de la peau voi- « sine le pigment fait entièrement défaut.

« Ce pigment est tout à fait semblable à celui qu'on observe dans les « néoplasmes mélaniques et n'a pas la couleur brune de celui qu'on ren- « contre dans les ecchymoses en voie de résorption. De plus, le pigment « sanguin se trouve principalement dans le tissu cellulaire, tandis que « le pigment mélanique est situé dans l'épithélium.

« Dans les endroits qui sont marqués par une accumulation de pig- « ment mélanique, les prolongements interpapillaires du réseau de « Malpighi se montrent plus abondants et plus serrés qu'à l'état normal. « L'augmentation en nombre et en dimension de ces prolongements « paraît être le premier degré d'un carcinome ultérieur. Aussi Kaposi, « par l'examen microscopique d'un fragment de peau pigmentée, a-t-il « pu annoncer d'avance la production d'une tumeur épithéliale.

« Dans tous les cas, on a remarqué le développement en nombre con- « sidérable de petites éminences verruqueuses d'un jaune sale, formées « à la fois par le développement rapide des prolongements épithéliaux « qui aboutissent à une transformation cornée, et par la multiplication « rapide des vaisseaux papillaires.

« L'atrophie, absolument semblable à l'amincissement sénile de la « peau, porte sur les faisceaux conjonctifs qui occupent les papilles et « les couches supérieures du derme. L'hypoderme n'est généralement « pas altéré, ou du moins l'est très tardivement, de telle sorte que la peau « conserve longtemps son glissement normal sur les tissus sous-jacents.

« Les follicules pileux et les glandes sudoripares restent intacts.

« Dans les parties blanches, il est important de remarquer l'atrophie « concomitante des couches épidermiques superficielles. En ces endroits « le microscope montre un défaut absolu de pigment et une ligne de dé- « marcation parfaitement régulière entre l'épiderme et le corps papil- « laire, en même temps qu'un amincissement de ces deux couches.

« A l'altération atrophique de l'épiderme correspond un défaut de

Digitized by Google

« pigment, tandis qu'à l'hyperplasie épithéliale répond une production « pigmentaire anormale, bien qu'on ne puisse cependant tirer de ce fait « aucune conclusion, car la production de pigment semble dépendre « directement d'une altération vasculaire.

« Quant aux télangiectasies, ce sont simplement de petites dilatations « des capillaires cutanés : par exception Taylor a observé de plus grandes « tumeurs qui paraissent avoir été des angio-myxomes. »

Sur des pièces recueillies à l'autopsie du malade de ma 4me observation, j'ai pu, avec le Dr H. Leloir, faire l'examen histologique de la peau, à sa période d'atrophie et de pigmentation, ainsi que l'étude de la structure des tumeurs épithéliomateuses de la dernière période.

1° *Peau.* — La peau est amincie, les papilles sont en général aplaties, atrophiées, elles ont presque disparu, sauf en certains points où elles forment une masse saillante (commencement d'état verruqueux). Ce sont des bouquets de papilles qui constituent les petites élevures, donnant à la peau cette rugosité, signalée comme un des symptômes de la maladie. Ces papillomes rappellent en certains points les saillies de l'ichthyose hystrix.

La couche cornée de l'*épiderme* est épaissie, dissociée et en desquamation.

Le *stratum lucidum* et le *stratum granulosum* font défaut.

Le réseau de Malpighi est très aminci. Considérées individuellement, les cellules paraissent saines ; cependant les cellules des couches profondes sont fortement pigmentées. Cette pigmentation est très marquée sur plusieurs rangées de cellules et surtout dans celles de la couche perpendiculaire (couche basilaire). A un faible grossissement, on voit une bande noire, mince, interrompue de temps en temps. Là où elle existe, elle rappelle la bande noire de la peau des nègres ou celle de la région pigmentée autour des plaques blanches du vitiligo. On trouve aussi du pigment en grande quantité dans les cellules épithéliales de la gaine externe des poils.

Considéré dans son ensemble, l'épiderme serait aminci.

Le *derme* est atrophié. Dans la région papillaire on voit çà et là des amas de pigment, disposé sous forme de grains noirs, en lignes parallèles à la surface du derme. Les vaisseaux y sont rares. Les anses vasculaires des papilles semblent avoir disparu. Par places cependant on trouve, en petit nombre, quelques vaisseaux dilatés et remplis de globules sanguins. Les cellules embryonnaires sont assez abondantes dans cette couche superficielle du derme. On y constate aussi *une très grande quantité de fibres élastiques*, les unes contournées, les autres presque droites. Elles sont en si grande quantité au niveau de la partie profonde

Digitized by Google

de la couche papillaire, qu'il semblerait que le tissu conjonctif vrai ait été en partie atrophié, résorbé et remplacé par le tissu élastique. Ce fait anatomique peut jusqu'à un certain point rendre compte de la tension de la peau, signalée par tous ceux qui ont décrit les symptômes de cette affection.

Dans ce derme atrophié les vaisseaux sont très rares et tendent à disparaître.

Les fibres musculaires lisses paraissent atrophiées.

Les glandes sudoripares et les follicules pilo-sébacés tendent aussi à s'atrophier et paraissent bien moins nombreux qu'à l'état normal.

Les faisceaux nerveux que nous avons rencontrés dans nos coupes nous ont paru sains.

Tumeurs épithéliomateuses (cancroïdes). — Sur plusieurs coupes de la peau nous avons rencontré, *au milieu du derme*, d'assez gros nodules d'épithélioma qui semblaient s'être développés aux dépens des glandes cutanées. Ce fait, important à noter, permet d'établir qu'un certain nombre de tumeurs fongueuses ont leur point de départ dans l'épaisseur du derme.

La structure de toutes les tumeurs fongueuses du xeroderma pigmentosum est celle de l'*épithélioma lobulé* le mieux caractérisé. Les lobules sont formés par de l'épithélium semblable à celui de l'épiderme, dans sa couche de Malpighi. Quelques-unes des cellules épithéliales du lobule présentent l'altération du noyau par dilatation du nucléole.

Les lobules, remarquablement riches en globes épidermiques, sont séparés les uns des autres par un tissu conjonctif pauvre en vaisseaux et contenant une assez grande quantité de cellules embryonnaires.

Sur quelques points, la tumeur présente les caractères histologiques de l'*épithélioma tubulé*, c'est-à-dire qu'en certains endroits, rares d'ailleurs, elle est composée de cylindres qui sont remplis d'épithélium pavimenteux ne subissant pas l'évolution épidermique, et qui s'anastomosent les uns avec les autres.

La disposition la plus commune est celle d'un épithélioma lobulé avec gangue fibreuse infiltrée de cellules embryonnaires.

Diagnostic. — Ainsi que l'a déjà fait remarquer Kaposi, le xeroderma pigmentosum se présente avec des symptômes caractéristiques, une physionomie spéciale, qui en font une affection bien déterminée, une dermatose d'un genre particulier.

Dans le plus grand nombre des cas, elle se manifeste, dès les premières années de la vie, par des taches pigmentées sur les régions découvertes, la face, le cou, les mains et les avant-bras. Au début, on pourrait con-

Digitized by Google

fondre cette dyschromatose avec de simples taches de rousseur, bien que leur nombre et leurs dimensions paraissent déjà insolites; mais graduellement un certain nombre de ces points pigmentés grandit, prend une teinte bistre foncé qui ne permet plus la confusion. Quand on a vu des cas de la dermatose de Kaposi, on peut d'emblée reconnaître à ce signe le premier symtôme de cette affection; on sera en droit d'affirmer le diagnostic si des frères ou des sœurs sont déjà atteints de cette maladie de famille.

A cette première période, l'erreur de diagnostic n'est possible qu'avec une dermatose également très rare, qui débute dès les premiers mois de la vie, peut durer plusieurs années et détermine la production de taches pigmentées : c'est l'*urticaria pigmentosa*.

Dans cette urticaire chronique, les taches pigmentées, au lieu d'être localisées aux régions découvertes, sont réparties sur toute la surface du corps. Elles sont plus nombreuses et plus largessur le tronc, où elles deviennent souvent cohérentes et même confluentes; d'une coloration fauve ou café au lait, elles sont à peu près toutes également de la même nuance. Cette différence dans l'aspect des taches et dans leur répartition est déjà caractéristique.

Dans l'*urticaria pigmentosa* on trouve, en même temps que les plaques pigmentées, les saillies rosées ou rouges et les papules lichénoïdes de l'urticaire auxquelles succède la dyschromatose. Elles s'accompagnent d'hypéresthésie cutanée, de vives démangeaisons, de traces de grattage provoqué par le prurit, tandis que dans la dermatose de Kaposi il n'y a aucun trouble de la sensibilité cutanée.

Le diagnostic est encore plus facile quand la peau déjà pigmentée se sèche, se tend, s'amincit, prend par places l'aspect cicatriciel, y devient blanche, luisante et se marbre de télangiectasies; elle a alors cet aspect bariolé qui donne à l'affection son type si particulier.

Enfin, à la troisième période, sur les régions de la peau déjà altérées, plus particulièrement sur les taches pigmentées, l'apparition des saillies verruqueuses (épithélioma papillaire ou verruqueux), des tumeurs fongueuses, végétantes ou ulcérées (épithélioma fongueux), complète le tableau et met sous les yeux de l'observateur toutes les phases du processus pathologique.

Dans son mémoire publié en octobre 1882, traduit dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* (janvier 1883, p. 35), Kaposi fait le diagnostic différentiel avec la *sclérodermie*, la *lèpre pigmentaire*, le *nævus pigmentosus*, toutes affections que leur pigmentation seule pourrait rapprocher du xeroderma pigmentosum, dont elles diffèrent sous tant de rapports, que l'erreur paraît presque impossible.

Digitized by Google

Traitement. — « Pourrait-on dans un cas à marche lente obtenir un « arrêt dans l'ensemble de la maladie, au moyen d'une médication in- « terne prolongée ? C'est ce que l'avenir seul nous apprendra. »

C'est en ces termes que Kaposi pose la question. On pourrait la poser également pour toutes les formes de l'épithélioma.

L'iodure de potassium, l'huile de foie de morue, ont été essayés sans résultat. A trois de mes malades j'ai fait prendre pendant plusieurs mois une solution à l'arséniate de soude et du chlorate de potasse ; je n'ai pas constaté d'amélioration suffisante pour croire à l'efficacité de cette médication.

Quant aux tumeurs épithéliomateuses, on peut les détruire par le raclage, par les applications de poudre de chlorate de potasse et par les pansements avec une solution saturée de ce sel. Mais il s'en reproduit incessamment de nouvelles et le traitement chirurgical n'est que palliatif.

Pathogénie. — Deux opinions peuvent être soutenues pour expliquer le processus pathologique du xeroderma pigmentosum et en déterminer la nature :

1° On peut admettre, avec Kaposi et avec Neisser, que l'altération de l'épiderme, sa prolifération exagérée pendant des années, que l'irritation chronique et la suractivité de la couche papillaire peuvent à la longue aboutir à l'épithélioma. C'est ce qu'il n'est pas rare de voir chez les vieillards, sur des nœvi verruqueux ou pigmentaires qui, après être restés stationnaires pendant de longues années, jusque pendant 50 ans et même 70 ans, se modifient et deviennent le siège de sarcomes ou de cancroïdes. C'est ce qu'on peut voir aussi sur des durillons, sur des granulations exubérantes, comme celles de vieux ulcères, ou comme celles d'anciens lupus ulcéreux qui deviennent le point de départ d'épithéliomas végétants.

2° On peut aussi se demander si la dermatose de Kaposi n'est pas une variété de la classe si nombreuse des carcinomes épithéliaux, variété congénitale, débutant dès la première enfance et dont les symptômes de la première et de la deuxième période, les taches pigmentées, les télangiectasies et l'atrophie cutanée ne seraient que le prélude. La maladie ne serait définitivement constituée et à sa période d'état qu'à l'apparition des tumeurs d'épithélioma végétant.

Dans les épithéliomas superficiels et à foyers multiples, dans ces formes variées, vaguement englobées, en clinique, sous le titre d'épithéliomas bénins, on voit souvent la tumeur cancroïdale précédée pendant plusieurs années par une séborrhée concrète ou par une exfoliation épidermique,

Digitized by Google

grisâtre, parfois brunâtre, se reproduisant sans cesse. Graduellement et par une transition insensible, la lésion passe de cette simple exfoliation chronique à l'état d'ulcération cancroïdale, qui, d'abord superficielle, s'étendra peu à peu en surface et en profondeur. On peut comparer ce processus à celui de certaines *leucoplasies de la langue* qui aboutissent fatalement à la tumeur cancroïdale; l'exfoliation épidermique dure pendant de longues années, 10 ans, 15 ans, 20 ans même, puis l'épiderme s'épaissit, devient rugueux, râpeux, comme corné; ce tylosis est déjà le premier degré du cancroïde qui se manifestera, soit sous la forme d'épithélioma papillaire, soit sous celle de tumeur cancroïdale.

Chez un malade sur lequel j'ai compté, tant sur la tête que sur le corps, 62 plaques d'épithélioma, dont quelques-unes très superficielles étaient assez fortement pigmentées, les premières manifestations remontaient à près de 15 années, sans qu'aucun ganglion parût altéré, sans apparence qu'aucun autre organe que la peau fût atteint de carcinome. C'était un de ces cas d'affections cancroïdales dont l'étude, comme celles de plusieurs variétés d'épithéliomas glandulaires, comme celle des épithéliomas secs (épithéliomas perlés) et j'ajouterai comme celle de l'épithélioma débutant par le xeroderma pigmentosum, est loin d'être terminée.

Digitized by Google

II

ÉTUDE CRITIQUE DES OPINIONS DIVERSES QUI ONT COURS AUJOURD'HUI DANS LA SCIENCE SUR L'ÉTIOLOGIE ET LA NATURE DU LUPUS,

Par **HIPPOLYTE MARTIN.**

I

Nous ne prétendons nullement faire ici l'historique détaillé des théories et doctrines qui ont été émises, à différentes époques, sur la nature de l'affection cutanée désignée sous le nom de lupus. Cette revue rétrospective n'aurait d'ailleurs, ce nous semble, qu'un médiocre intérêt aujourd'hui que les recherches modernes ont si complètement transformé la question en la présentant à nos yeux sous un jour tout nouveau.

L'Ecole française, représentée surtout par les savants dermatologistes de l'hôpital Saint-Louis, a eu, depuis longues années déjà, une tendance incontestable à rattacher le lupus à la diathèse tuberculeuse. Mais, il faut bien le reconnaître, la démonstration scientifique de cette opinion était loin d'être faite.

En Allemagne surtout l'incrédulité fut longtemps générale ; elle persista jusqu'au jour où l'on crut trouver dans le tubercule un caractère, une modalité anatomique rigoureusement spécifiques.

Nous n'avons pas à rappeler ici l'histoire de la cellule géante et de la valeur si manifestement exagérée qui lui fut quelque temps attribuée. Les travaux de Schüppel, de Köster, de Langhans, de Friedländer et d'un grand nombre d'autres anatomo-pathologistes sont connus de tous. La cellule géante décrite déjà depuis longtemps par Müller et Rokitansky sous le nom de cellule-mère, par Robin et son élève E. Nélaton, sous celui de myéloplaxe, enfin par Virchow, qui lui impose le nom sous lequel nous la désignons aujourd'hui, prend tout à coup, aux yeux des observateurs nouveaux, une importance exceptionnelle. Le corpuscule de Lebert est en quelque sorte ressuscité sous une autre forme, et tout tissu dans lequel on observe des cellules géantes doit dès lors être appelé tubercule : c'est l'époque où l'on recherche partout ces éléments, le microscope en main, afin de délimiter avec l'exactitude la plus rigoureuse le domaine de la tuberculose. . . . . .

Digitized by Google

Klebs et Langhans montrent alors que le lupus est surtout caractérisé par la présence des « *Riezenzellen* », et Friedländer (1) n'hésite pas à le considérer aussitôt comme une variété de tuberculose cutanée.

Dès lors la preuve scientifique qui manquait encore à la doctrine française sur la nature du lupus paraissait définitivement acquise, et il ne semblait plus possible de refuser désormais à cette affection de la peau et de certaines muqueuses sa place légitime parmi les *tuberculoses locales*.

Mais la réaction ne se fit pas longtemps attendre. Précisément parce que l'on cherchait partout la cellule géante, dans le but, nous venons de le voir, de préciser le siège et l'importance des lésions tuberculeuses, on en vint bientôt à la découvrir dans des tissus qu'il n'était véritablement pas permis, au nom de la clinique et de l'anatomie pathologique elle-même, de rattacher au tubercule. Inutile de rappeler ici les recherches de Baumgarten, qui en constate la présence dans des ulcères chroniques des jambes et dans des gommes du poumon, de Köster, qui les observe dans la carie, l'ostéite, l'ostéo-myélite, le chancre syphilitique du nez et du pénis, etc., etc. Enfin, B. Heindenhain, Ziegler, Weiss, produisent des cellules géantes à volonté, en introduisant sous la peau ou dans les séreuses de différents animaux toutes sortes de corps étrangers qui jouent le rôle d'agents irritants et deviennent l'origine de néoformations inflammatoires diverses dans lesquelles on distingue presque toujours de nombreuses « *Riezenzellen* ».

Ainsi prenait fin le rôle éphémère de la cellule géante, en tant du moins qu'élément spécifique du tubercule. On chercha quelque temps encore, il est vrai, à lui restituer quelque peu de son importance ; on sait, en effet, qu'elle constitue un des éléments essentiels du groupement anatomique qui a été désigné sous le nom de tubercule simple ou primitif, de follicule tuberculeux ; mais nous savons aujourd'hui que ce groupement, considéré à son tour comme spécifique du tubercule, se retrouve exactement, avec tous ses caractères, dans le *pseudo-tubercule*. Nos recherches expérimentales ont mis, croyons-nous, ce fait pleinement en lumière (2), et le tubercule dit primitif, pas plus que la cellule géante, ne peut, à lui seul, nous permettre de fixer au lupus une place définitive parmi les productions d'origine tuberculeuse.

Il fallait donc chercher ailleurs la solution de cet important problème.

Sans nous attarder sur ces questions connues de tous et déjà presque

(1) FRIEDLANDER, *Berlin. klin. Wochens.*, et *Virchow's Arch.*, Band LX, 1874.

(2) H. MARTIN, Nouvelles recherches sur la tuberculose spontanée et expérimentale des séreuses (*Arch. de phys.*, p. 49, 1881), et Recherches sur les propriétés infectieuses du tubercule (*Ibidem*, p. 272).

Digitized by Google

anciennes, si l'on tient compte des progrès d'une importance exceptionnelle réalisés tous les jours, et en si peu de temps, contentons-nous de rappeler que les inoculations expérimentales de tubercule, si contestées naguère, sont, à cette heure, un critérium infaillible dans un cas en litige. Il n'est plus permis, en effet, de leur opposer actuellement les résultats contradictoires d'inoculations positives obtenues avec des tissus morbides *non* tuberculeux. — « *Le tubercule engendre seul le tubercule :* voilà un aphorisme qui nous paraît aujourd'hui à l'abri de la critique. Quelles que soient les idées qui ont cours encore sur la pathogénie de la tuberculose, sur son mode de transmission héréditaire, enfin sur son évolution particulière et son prétendu caractère spécial d'affection de dégénérescence, il faut se résoudre à admettre une spécificité que les faits ont rendu inattaquable (1) ». C'est par la méthode des inoculations *en séries* que nous avons mis, le premier, croyons-nous, cette vérité à l'abri de la critique ; et l'on peut affirmer aujourd'hui, sans crainte d'erreur possible, que tout tissu morbide qui, inoculé à un premier animal, fait développer dans ses organes des lésions d'apparence tuberculeuse transmissibles, par une inoculation nouvelle, de ce premier animal à un deuxième, puis de ce dernier à un troisième et ainsi de suite, à l'infini pour ainsi dire, ne peut-être que du tubercule et ne reproduire toujours que du tubercule vrai, c'est-à-dire infectieux.

Il nous était dès lors permis de nous adresser hardiment à la pathologie expérimentale et de lui dire : « *Le scrofulome reproduit-il du tubercule infectieux généralisé, et cela sur une série d'animaux, par une série d'inoculations ? — S'il en est ainsi, ce serait véritablement du tubercule* (2) ».

Nous devons donc rechercher actuellement quels ont été les résultats des inoculations expérimentales faites avec le *lupus* considéré jusqu'à ce jour comme une variété de lésion scrofuleuse, c'est-à-dire comme un scrofulome.

II

Les inoculations expérimentales du lupus exécutées jusqu'à présent ne sont pas très nombreuses, et, qui plus est, les résultats en paraissent, de prime abord, assez contradictoires. Il y a trois ou quatre ans tout au plus que les expérimentateurs se sont engagés dans cette voie qui, pour le lupus, comme pour les autres lésions dites scrofuleuses en général,

(1) H. Martin, Sur la transformation du tubercule vrai ou infectieux en corps étranger inerte, sous l'influence de hautes températures et de réactifs divers (*Revue de médecine*, p. 905, 1882).

(2) H. Martin, *Arch. de phys.*, p. 87, 1881.

Digitized by Google

sera incontestablement féconde en résultats; mais, nous le verrons bientôt, il reste encore beaucoup à faire.

Max Schüller (de Stuttgard) (1) a inoculé, un des premiers, le *lupus* à des animaux. Il est vrai que dans le consciencieux et volumineux travail de cet auteur, il n'est question du lupus que d'une façon accessoire, pour ainsi dire. Schüller veut surtout prouver l'identité de la tuberculose et des lésions scrofuleuses en général. Quoiqu'il ne soit et pour ce qui nous concerne en ce moment, il nous suffit de savoir qu'il écrasait des fragments de lupus et qu'il injectait ensuite une sorte de bouillie semi-liquide dans la trachée de lapins, d'abord trachéotomisés; simultanément, il pratiquait un traumatisme simple à 'articulation d'un genou. Au bout d'un certain temps il trouvait une double tuberculose pulmonaire et articulaire. Les tubercules articulaires ont été, il est vrai, moins nets, moins nombreux après l'injection trachéale de lupus qu'après celle de crachats tuberculeux, par exemple. Cependant les résultats obtenus ont été suffisamment démonstratifs pour que Max Schüller n'hésite pas à considérer le lupus comme une variété de tuberculose cutané. Il serait même parvenu à isoler, par la culture du lupus, un microbe capable de déterminer une tuberculose généralisée.

Enfin Max Schüller a fort heureusement complété ses expériences de la façon suivante. Il a introduit dans la trachée de lapins des poudres très fines de cinabre, de plombagine, en déterminant toujours et simultanément un traumatisme simple du genou, et il a retrouvé quelque temps après les grains de ces poussières dans l'articulation malade.

Ces dernières expériences nous démontrent pour ainsi dire comment se fait le transport de l'affection tuberculeuse de la trachée à la jointure. Que les éléments morbides soient transportés par le sang ou par la lymphe, ils suivent évidemment le même trajet que les grains de poussière. D'ailleurs ces expériences fort intéressantes de Max Schüller ne sont pas restées isolées. Wabb (2), dont nous avons déjà signalé les recherches dans un précédent travail, avait injecté du carmin dans la cornée d'un lapin, et avait retrouvé des grains rouges d'abord dans les cellules propres de cette membrane, puis dans des cellules géantes. Senftleben (3) avait également injecté du carmin dans une cornée morte, et l'introduisant ensuite dans le péritoine d'un lapin, il y retrouvait, peu de temps

(1) Max Schuller, Experimentelle und histologische Untersuchungen über Entstehung und Ursachen der Skrophulosen und tuberkülosen Gelenkleiden, nebst Studien über die tuberkulose Infection mit therapeutischen Versuchen. Stuttgard, 1880, in-8°, 236 Seiten; et *Centralblatt*, 9 avril 1881.

(2) Wabb, cité par Cohnheim, *Pathologie générale*, p. 235.

(3) Senftleben, cité dans le même ouvrage, p. 235.

Digitized by Google

après, des cellules géantes colorées. Les expériences de Schüller ne sont donc qu'une modification heureuse de celles de ces deux expérimentateurs.

A une époque où nous ignorions encore ces expériences faites à l'étranger, nous avons exécuté des recherches absolument comparables. Nous injections d'abord de la poudre fine de charbon dans la veine jugulaire de lapins, et, simultanément, nous introduisions du poivre rouge de Cayenne dans leur péritoine. Les cellules inflammatoires développées ainsi dans cette séreuse correspondaient à l'arthrite du genou dans les expériences de Max Schüller, et, tout comme cet auteur, nous avons trouvé dans le lieu du traumatisme, c'est-à-dire dans le péritoine, des cellules lymphoïdes et des cellules géantes dont le protoplasma contenait des granules de charbon (1).

On comprendra sans doute tout l'intérêt que nous semblons attacher à ces expériences. En effet, si elles ne démontraient pas la nature intime de l'agent tuberculeux, elles nous enseignaient tout au moins que cet agent existe « probablement sous formes de particules tres ténues qui, entraînées par le torrent circulatoire, sont portées çà et là dans les tissus, soit par le plasma nutritif, soit plutôt par les cellules migratrices (2) ». — La découverte du microbe tuberculeux, qui n'est en somme qu'une particule très ténue, mais vivante, est venue confirmer pleinement cette prévision.

Quoiqu'il en soit, d'autres inoculations expérimentales de lupus ont été faites, surtout en France (3). — M. Kiener (4) tout d'abord a inoculé deux fois des fragments de lupus tuberculeux : « J'ai pu récemment, dit-il, avec l'obligeant concours de M. le professeur Mathieu, inoculer chez deux cobayes des papules de lupus provenant d'un homme atteint depuis plusieurs années, avec conservation de la santé générale, d'un lupus de la cuisse dont la structure tuberculeuse m'était connue histologiquement. Les deux inoculations ont donné lieu à une tumeur indurée et ulcérée qui a fini par guérir, sans avoir provoqué aucune trace de tuberculose, au bout de deux mois. » Nous nous permettrons, dans un instant, de contester, jusqu'à un certain point, la valeur négative de ces deux inoculations.

M. Vidal (de Saint-Louis) s'est également beaucoup préoccupé de

(1) H. Martin, *Arch. de phys.*, p. 64, 1881.

(2) H. Martin, *Arch. de phys.*, p. 81, 1881.

(3) M. Vidal (*Soc. méd. des hôp.*, séance du 25 mars 1881, et *Union méd.*, p. 652, 1881) signale des inoculations de lupus dues à Auspitz et Pick, de Prague ; et M. Leloir cite également Kaposi à ce sujet (*Bulletins de la Société de biologie*, p. 844, 1882); nous n'avons pu remonter à la source où ces indications ont été puisées.

(4) Kiener, *Soc. méd. des hôp.*, 11 février 1881, et *Union méd.*, p. 364, 1881.

Digitized by Google

résoudre, en partie tout au moins, par la voie expérimentale cette importante question de la nature du lupus : « Pour ma part, dit-il déjà en 1881 (1), j'ai vainement tenté l'auto-inoculation de l'infiltrat lupeux. » — Nous ferons remarquer en passant que le défaut d'auto-inoculation prouverait plutôt la nature infectieuse du lupus, si on assimilait, comme on l'a fait déjà, la tuberculose à la syphilis, par exemple. Cordier (2) a même écrit que « puisque la tuberculose est considérée comme une maladie virulente, elle ne doit pas se réinoculer au porteur ». Mais, ainsi que vient de le faire remarquer le Dr Besnier, dans un remarquable travail auquel nous empruntons cette citation, « il faudrait d'abord montrer que la règle de la réinoculation est propre à toutes les maladies virulentes sans exception, et, en second lieu, cela fut-il établi, il n'y a pas de comparaison à faire entre une affection qui peut rester localisée indéfiniment au point d'application, comme la tuberculose et la syphilis, par exemple (3). » — Nous croyons donc que l'auto-inoculation ne peut en rien élucider, quels qu'en soient les résultats, le problème qui nous occupe en ce moment.

Nous avons à signaler actuellement les inoculations expérimentales déjà nombreuses pratiquées par M. Leloir. Une première fois, en 1879, il inocule du lupus à deux chiens et six cochons d'Inde, dans le laboratoire de pathologie expérimentale du professeur Vulpian. Toutes ces inoculations ont été faites sous la peau; et Leloir nous en fait connaître les résultats dans les termes suivants : « toujours les résultats obtenus ont été négatifs, jamais nous n'avons obtenu de tuberculose locale ou générale, jamais non plus nous n'avons reproduit le lupus au point inoculé. Dans quelques cas, j'ai remarqué la formation d'un produit caséeux qui s'enkyste et finit par se résorber, là où j'avais inoculé sous la peau un morceau de lupus (mes huit animaux de 1879 ont été suivis pendant deux ans (4). » Notons ce dernier détail relatif à la durée de l'observation des animaux; il a, nous le verrons bientôt, une importance capitale.

Quoi qu'il en soit, ces expériences paraissaient propres à prouver la nature *non* tuberculeuse du lupus. Il est vrai que dans le même travail, quelques lignes plus loin, M. Leloir signale de nouvelles expériences en cours d'exécution et s'annonçant déjà comme devant être tout aussi négatives que les premières; et cependant il n'en déduit encore aucune conclusion précise. « J'ai, dit-il, depuis deux mois environ, inoculé une

(1) Vidal, *Soc. méd. des hôp.*, 25 mars 1881.
(2) Cordier, cité par Aubert, in *Annales de dermat. et de syph.*, 2e série, t. IV, p. 133.
(3) Besnier, *Annales de dermat. et de syph.*, 2e série, 1883, note de la page .
(4) Leloir, *Soc. de biologie*, séance du 30 décembre 1882.

Digitized by Google

quinzaine de cochons d'Inde, tant avec du lupus tuberculeux qu'avec du lupus érythémateux. Trois d'entre eux sont morts : le premier, d'obstruction intestinale, trois semaines après l'opération ; le deuxième a été tué par moi six semaines après l'inoculation ; et enfin le dernier est mort cinq semaines après l'opération, probablement d'indigestion. Aucun de ces animaux n'a présenté, dans aucun de ces organes, qui ont été examinés avec le plus grand soin, la moindre trace de tuberculose. » Leloir résume enfin de la façon suivante les précautions à prendre, au point de vue de la sécurité et de la valeur des résultats.

« Il faut : 1° s'assurer que le sujet lupeux sur lequel on recueille le produit d'inoculation est complètement indemne de toute tuberculose pulmonaire ;

2° Il faut s'entourer de toutes les précautions antiseptiques ordinaires ;

3° Il faut, comme le fait justement remarquer M. Martin, ne jamais placer dans des cages contaminées ou à côté d'autres animaux tuberculeux les animaux mis en expérience ;

4° Prendre du lupus non traité et en voie d'évolution. »

Nous aurons à revenir bientôt sur toutes ces considérations.

Enfin, tout récemment, le professeur Cornil (1), avec la collaboration de Leloir, a cherché à nouveau à élucider la question de la nature du lupus, soit par l'inoculation expérimentale, soit par la recherche du *bacille* spécifique.

Les animaux inoculés sont au nombre de dix-neuf. Trois lapins l'ont été, le 30 *mai*, dans la chambre antérieure de l'œil, avec de petits morceaux de lupus tuberculeux. Le 28 *juillet*, on ne voyait rien chez l'*un* d'eux ; chez le *deuxième* on n'aperçoit qu'un petit point louche et lointain derrière la cornée ; chez le *troisième* il y a eu fonte purulente de l'œil. Un *quatrième* lapin, inoculé le 8 *juin*, présentait le 28 *juillet*, dans l'épaisseur de la cornée, entre elle et l'iris, un tissu gris jaunâtre, en partie semi-transparent avec de petits îlots gris opaques.

Quant aux cobayes inoculés avec du *lupus tuberculeux*, voici, aussi brièvement résumés que possible, les résultats de l'inoculation :

N° 1 (*négatif*), inoculé le 6 *novembre* 1882 ; tué le 1er *janvier* 1883.

N° 2 (*négatif*), inoculé le 16 *novembre ;* mort le 7 *décembre* 1882 (d'indigestion).

N° 3 (*négatif*), inoculé le 6 *novembre ;* tué le 22 *décembre*.

N° 4 (*négatif*), inoculé le 16 *décembre* 1882 ; tué le 27 *mars* 1883.

N° 5 (*négatif*), inoculé le 16 *décembre* 1882 ; tué le 27 *mars* 1883.

N° 6 (*positif*), inoculé le 23 *décembre* 1882 ; tué le 2 *juin* 1883 :

(1) Cornil et Leloir, Recherches expérimentales et histologiques sur la nature du lupus (*Soc. de biologie*, 28 juillet 1883).

Digitized by Google

tuberculose miliaire généralisée de la rate, du foie, du péritoine, de l'épiploon, du pancréas, des poumons, etc. — Les tubercules contenaient des bacilles. — Le premier cobaye a servi à l'inoculation de deux autres, dont l'un est mort de tuberculose généralisée, le 5 *juillet* 1883. Un troisième animal, inoculé à la mort de ce dernier, avec ses viscères, a été sacrifié le 27 *juillet :* il était tuberculeux. Enfin, un quatrième terme de cette belle série vivait encore, on le comprend, le lendemain 28 *juillet*. Mais nous ne doutons pas qu'à l'heure actuelle cette série n'ait été poursuivie beaucoup plus loin.

Le n° 7 (*négatif*), inoculé le 7 *avril*, a été tué le 25 *juillet*.

Le n° 8 (*positif*), inoculé le 17 *avril*, a été également tué le 25 *juillet*. Organes tuberculeux avec *bacilles*. Il a servi à ouvrir une série dont les auteurs nous feront certainement plus tard connaître les résultats.

Le n° 9 (*positif*), inoculé le 17 *avril*, a été tué le 25 *juillet* et présentait déjà deux petits nodules miliaires dans la rate, et des ganglions mésentériques gros comme des gros pois et en apparence tuberculeux ; ils contenaient des *bacilles*.

Le n° 10 (*négatif*), inoculé le 5 *juin* 1883, est mort, tué accidentellement, le 28 *juillet*.

Enfin le n° 11 (*positif*), inoculé le 29 *décembre* 1883, avec du lupus *érythémato-acnéique*, est mort SPONTANÉMENT, le 28 *février* 1883, de « tuberculose miliaire généralisée ».

On nous pardonnera d'avoir si longuement insisté sur ces expériences, les plus importantes qui aient été faites jusqu'à ce jour sur le sujet qui nous occupe. Nous aurons à interpréter dans un instant les conclusions que les auteurs en ont déduites.

Nous n'avons eu personnellement l'occasion de pratiquer l'inoculation du lupus que *deux* fois seulement.

Une première fois, le 20 janvier 1882, nous recueillons le matin à dix heures, dans le service du Dr Besnier, suppléé, en ce moment-là, par notre excellent ami le Dr Balzer, de simples croûtes à la surface d'un lupus tuberculeux de la face, chez un homme de 35 ans et dont l'affection remontait à l'âge de 12 ans. Ces croûtes étaient jaunâtres, quelques-unes blanches et lamelleuses. Quant au malade, il avait des tubercules pulmonaires déjà en voie de ramollissement, et il était en traitement, intermittent il est vrai, depuis plus de vingt ans. Nous ne réalisions donc, dans ce cas, presque aucune des conditions qui, nous venons de le voir, sont recommandées par Leloir.

Quoi qu'il en soit, trois heures plus tard nous introduisions quelques-unes de ces croûtes dans le péritoine d'un cobaye qui a continué à jouir d'une santé excellente pendant près de *huit mois;* car il n'est mort que

Digitized by Google

le 13 *septembre* suivant. A son autopsie, nous n'avons pas trouvé trace de tuberculose; nous n'avons pas même constaté la plus petite lésion pouvant nous expliquer la mort; et ce cas doit être rangé à côté de ceux, assez nombreux déjà, dans lesquels, après des inoculations diverses, *non* tuberculeuses, la terminaison fatale nous a paru tout à fait inexplicable (1).

Une deuxième fois l'inoculation de lupus nous a donné des résultats bien différents, et a été le point de départ de la belle série suivante :

Le 16 *février* 1882, l'enfant G..., âgé de 10 ans, entre dans le service de notre si regretté maître le professeur Parrot, à la clinique des maladies des enfants. Dans sa plus jeune enfance il s'est brûlé profondément l'oreille et la joue gauches, et de nombreuses brides cicatricielles attestent encore ce traumatisme. A une époque impossible à préciser, il s'est développé, dans la région correspondante, une lésion à la surface de laquelle on aperçoit des croûtes jaunâtres, quelques-unes lamelleuses, etc. C'est bien manifestement un lupus de la face. Cette affection n'a jamais été traitée; ajoutons que l'enfant est robuste et présente tous les attributs d'une excellente santé. *Pas le moindre signe* clinique de tuberculose pulmonaire ou autre.

A la date sus-indiquée, nous prenons une *simple* croûte lamelleuse presque aussi mince et transparente qu'une pelure d'oignon, ayant environ *un* centimètre carré de superficie, et nous l'introduisons, avec toutes les précautions antiseptiques désirables, dans le péritoine d'un cobaye adulte.

Le 11 *avril* suivant, c'est-à-dire cinquante-quatre jours plus tard, cet animal, qui avait déjà depuis plusieurs jours, au point de l'inoculation, une plaie de l'abdomen, à fond caséeux, est trouvé mort. *Autopsie :* belle tuberculose généralisée; le foie est parsemé de tubercules jaunes; la rate est saine; sous le bord tranchant du lobe droit du foie se trouve une grosse masse caséeuse, du volume d'une petite noix. Les ganglions mésentériques forment un chapelet de grains énormes, sarcomateux, lardacés, parsemés çà et là de points jaunâtres. Les poumons sont infiltrés d'un très grand nombre de granulations blanches ou jaunes; les ganglions trachéo-bronchiques ont enfin le même aspect que les ganglions mésentériques.

Nous prenons aussitôt deux petits fragments pulmonaires qui renferment *cinq* petites granulations miliaires d'un blanc jaunâtre et nous les introduisons dans le péritoine d'un *deuxième* cobaye. Cet animal meurt le 2 *mai* suivant, et, à l'autopsie, nous observons d'abord un nodule caséeux du volume d'une petite noisette, dans la paroi abdominale, au

(1) H. Martin, *Revue de méd.*, p. 924, 1882.

Digitized by Google

niveau de l'inoculation. Deux ou trois ganglions mésentériques sont volumineux et infiltrés de grosses granulations jaunes.

Dans la rate il y a 5 ou 6 granulations miliaires grises ; dans le foie également, mais elles y sont caséeuses. Le grand épiploon est transformé en un gros cylindre de tissu lardacé, criblé de grains jaunes et qui embrasse toute la grande courbure de l'estomac. Les poumons contiennent 4 ou 5 gros tubercules jaunes, caséeux ; mais il y a surtout une pneumonie double qui a certainement hâté la mort de l'animal.

Un ganglion bronchique dans lequel se trouvent *trois* petits tubercules caséeux nous sert à l'inoculation d'un *troisième* cobaye qui est mort à son tour, dans la nuit du 27 au 28 *août*. A l'autopsie nous trouvons une tuberculose tout aussi nettement caractérisée que chez les animaux précédents.

Un petit fragment pulmonaire nous sert aussitôt à inoculer un *quatrième* cobaye qui meurt, les organes absolument infiltrés de granulations miliaires grises, le 30 *octobre*.

Un *cinquième* cobaye inoculé également avec un fragment de poumon est mort tuberculeux le 12 *décembre*. — Ce jour-là nous inoculons le *sixième* animal, non plus avec des fragments en nature, mais avec le sang extrait, à la presse, des organes tuberculeux du précédent : nous en injectons une vingtaine de gouttes environ dans le péritoine de l'animal, qui meurt tuberculeux, quoique les lésions ne soient encore que peu développées, le 6 *janvier* 1883.

Nous prenons alors un *tout petit* ganglion bronchique légèrement plus gros qu'à l'état normal, mais ne présentant, comme *unique* lésion, qu'*un peu de congestion*, et nous l'introduisons dans le péritoine du *septième* animal.

Sept jours plus tard, le 14 *janvier*, cet animal meurt spontanément, et, à l'autopsie, nous trouvons le foie et la rate farcis de lésions tuberculeuses. Les ganglions mésentériques sont volumineux, d'aspect lardacé à la coupe, parsemés de points jaunes. Enfin les poumons renferment déjà quelques belles granulations d'un blanc opaque, parfaitement sphériques.

Un petit fragment de foie est aussitôt introduit dans le péritoine d'un *huitième* cobaye, qui meurt spontanément le 27, *douze* jours plus tard, et qui nous présente, à l'autopsie, de magnifiques lésions tuberculeuses. Il y a un grand nombre de tubercules dans le foie ; les ganglions mésentériques sont volumineux, lardacés, semés de grains jaunes ; les poumons sont parsemés d'un très grand nombre de granulations blanches, très saillantes, semblables à de petites perles. Enfin les ganglions trachéo-bronchiques sont tout à fait semblables aux ganglions mésentériques.

Digitized by Google

Un petit ganglion bronchique nous sert à inoculer un *neuvième* animal qui a vécu bien plus longtemps que les deux précédents et qui n'est mort que le 23 *mars*. A l'autopsie, nous trouvons de nombreuses granulations tuberculeuses dans les viscères; mais la lésion la plus importante est ganglionnaire: les ganglions mésentériques et trachéo-bronchiques présentent en effet un volume véritablement colossal; quelques-uns sont aussi gros que des noisettes et absolument caséeux. Pour que, chez l'homme, un ganglion caséifié eût un volume proportionnellement comparable, il devrait égaler, tout au moins, une tête de fœtus à terme.

Un petit fragment de ganglion bronchique est introduit immédiatement dans le péritoine d'un *dixième* cobaye qui est mort spontanément le 13 *juin* dernier, atteint de lésions tuberculeuses généralisées tout aussi graves que dans les cas précédents.

Un fragment de ganglion bronchique sert encore à l'inoculation intrapéritonéale d'un *onzième* animal qui est mort le 25 *août*.

Le foie, la rate, les poumons étaient criblés de granulations grises et jaunes. Les ganglions mésentérique et trachéo-bronchique étaient volumineux, en partie caséeux.

Le *douzième* terme de cette longue et intéressante série, inoculé ce jour même, 25 *août*, vit encore aujourd'hui (10 *septembre*); mais il succombera tuberculeux, comme tous les autres, et rien ne nous empêcherait de poursuivre indéfiniment cette culture expérimentale au sein de l'organisme vivant.

III

Actuellement, s'il fallait conclure en prenant pour unique base de notre opinion nos deux expériences personnelles, nous nous trouverions incontestablement fort embarrassé pour affirmer ou pour nier l'inoculabilité des produits lupeux. Remarquons d'abord que les conditions dans lesquelles nous nous trouvions placé étaient éminemment défectueuses. En nous servant, en effet, comme objet de contamination, non point de fragments de tissus vivants, mais de produits morts ou d'excrétion, comme des croûtes, nous nous exposions fortement à un insuccès; et rien ne nous prouve que notre première inoculation n'eut été suivie de succès si nous l'avions pratiquée dans de meilleures conditions.

Il est vrai que, même positive, cette première inoculation n'eut ce pendant pas été concluante, car notre malade avait des lésions pulmonaires déjà avancées.

Nous avons vu, plus haut, qu'au nombre des nécessités d'une expérimentation concluante, Leloir signale l'absence de toute tuberculose pulmonaire ou autre. C'est là un précepte absolu et sur lequel nous de-

Digitized by Google

vons même insister beaucoup plus qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour. Il ne suffit pas, en effet, pour décider de la nature d'une lésion localisée dans une articulation, dans une gaine synoviale, dans la peau, etc., etc., d'en inoculer des fragments au cobaye ou au lapin ; et de conclure à la tuberculose si l'inoculation est positive, sans se préoccuper davantage des causes nombreuses d'erreur à l'abri desquelles il est cependant si nécessaire de se placer.

Le problème est, croyons-nous aujourd'hui, plus complexe; et d'un certain nombre de recherches en cours d'exécution, nous pouvons déjà conclure que : *chez un sujet tuberculeux, tous les tissus de l'organisme, aussi sains qu'ils paraissent, et qu'ils soient en réalité, même à l'examen microscopique le plus sévère, peuvent cependant, dans un certain nombre de cas, transmettre par l'inoculation une tuberculose infectieuse.* — Voilà un fait qui est certainement de nature à nous imposer une grande réserve dans l'appréciation des documents expérimentaux relatifs à l'importante question des *tuberculoses locales*.

Les inoculations expérimentales qui nous ont permis de formuler cette proposition sont déjà nombreuses. Nous ne citerons aujourd'hui que les quelques faits suivants, nous réservant de donner plus tard à la question tous les développements qu'elle comporte.

Le 11 *avril* 1883, à l'autopsie d'un cobaye, *quatrième* terme d'une série tuberculeuse, nous constatons une tuberculose généralisée au péritoine, au foie, à la rate, aux poumons et aux ganglions du thorax et de l'abdomen. Mais l'ouverture de la cavité cranienne ne nous révèle absolument aucune lésion : les méninges sont lisses, transparentes et se décortiquent partout comme à l'état normal ; et pour ce qui est de la pulpe cérébrale, il est tout aussi impossible d'y trouver une altération quelconque, aussi minime qu'elle soit. Nous prenons cependant un centimètre cube environ de matière cérébrale, au centre d'un des lobes frontaux, nous le délayons dans quelques centimètres cubes d'eau salée à 6 pour 1000, et toujours en nous servant d'instruments parfaitement purifiés, nous injectons de 35 à 40 gouttes de cette bouillie dans le péritoine d'un cobaye adulte.

Le 25 *juin*, cet animal meurt spontanément, et l'autopsie nous révèle une *magnifique tuberculose généralisée :* le foie, la rate, les poumons sont criblés de tubercules ; les ganglions mésentériques et trachéo-bronchiques sont volumineux, lardacés, pointillés de jaune. Enfin les deux testicules sont transformés en deux blocs caséeux auxquels adhèrent encore, à la périphérie, quelques tubes séminifères à peu près sains.

La nature de lésions si profondes, si disséminées, était peu douteuse. Nous prenons cependant un petit fragment de ganglion bronchique et

Digitized by Google

nous l'introduisons dans le péritoine d'un *deuxième* animal qui, moins de quinze jours plus tard, le 9 *juillet*, a succombé à une tuberculose généralisée tout aussi caractéristique. Nous n'avons pu, par accident, poursuivre plus loin cette série ; il nous semble cependant que la nature véritablement infectieuse de la tuberculose ne saurait, dans ce cas, être mise en doute.

Les faits suivants sont tout aussi remarquables que le précédent, et nous en fournissent, en outre, une interprétation fort rationnelle.

Le 21 *janvier* 1883, notre savant maître et ami le Dr Landouzy nous envoie un fœtus de six mois environ ; il provient d'une femme phthisique au troisième degré (1), et dont l'avortement ne date que de quelques heures seulement. Tous les organes de ce fœtus, aussitôt examinés, sont sains, absolument sains ; impossible de trouver une lésion, si minime qu'elle soit. Nous ouvrons le thorax avec un bistouri rougi au feu, nous prenons un petit fragment de poumon au centre même d'un lobe, et, en nous entourant des précautions antiseptiques les plus minutieuses, nous l'introduisons dans le péritoine d'un cobaye. *Quatre mois et demi* plus tard, le 26 *mai*, cet animal meurt spontanément, et l'autopsie nous révèle une magnifique tuberculose : le foie est criblé de tubercules opaques, parfaitement sphériques ; la rate est énorme, ramollie, semée d'un nombre tout aussi considérable de tubercules. Les poumons sont criblés de belles granulations grises, plus ou moins opaques ; les ganglions bronchiques sont volumineux, lardacés, pointillés de jaune. Enfin, il y a une belle pericardite tuberculeuse, avec symphyse complète du cœur, fait très rare chez le cobaye.

Nous prenons aussitôt un petit fragment de ganglion bronchique, et nous l'introduisons dans le péritoine d'un *deuxième* cobaye qui a succombé, le 30 *juillet*, à des lésions tuberculeuses tout aussi profondes. Un petit fragment de poumon nous sert à l'inoculation d'un *troisième* animal qui est mort le 22 *août*. Ici encore, les lésions tuberculeuses sont d'un gravité exceptionnelle : tous les organes en sont criblés. Le *quatrième* animal inoculé à cette date vit encore aujourd'hui. Mais la *série* tuberculeuse est indiscutable.

Le 21 *juin* dernier, M. Landouzy nous envoyait une collection de pièces des plus intéressantes encore ; il s'agissait de l'autopsie d'une femme tuberculeuse arrivée au 5me mois de la gestation, et nous recevions à la fois le fœtus, un fragment de placenta et un poumon tuberculeux de la mère.

Nous pratiquons immédiatement un nombre considérable d'inoculations, parmi lesquelles nous nous contenterons de signaler ici les sui-

(1) L'autopsie a pleinement confirmé ce diagnostic quelques jours plus tard.

Digitized by Google

vantes. Un fragment de *placenta*, pris au centre avec un bistouri rougi au feu, et calciné en outre à sa surface, de façon à détruire tous les germes apportés peut-être, par contact direct, pendant l'autopsie, est introduit dans le péritoine d'un cobaye.

En même temps, nous brûlons également, avec un bec de gaz Bunsen, toute la peau de la face antérieure du fœtus, nous ouvrons le cœur avec un bistouri rougi au feu, et nous recueillons dans le péricarde un mélange de sérosité citrine et de sang dont nous injectons de 20 à 25 gouttes dans le péritoine d'un autre cobaye.

Inutile d'ajouter que le placenta d'une part, et tous les viscères du fœtus d'autre part, *ne présentaient pas la moindre lésion*, tuberculeuse ou autre. Or, le 31 *juillet*, le cobaye inoculé avec le placenta meurt spontanément, et les organes nous apparaissent *absolument criblés de tubercules*. Un petit fragment de ganglion bronchique a été aussitôt introduit dans le péritoine d'un *deuxième* cobaye qui vit encore aujourd'hui (12 *septembre*); mais la tuberculose infectieuse, transmissible en série indéfinie, ne nous paraît cependant pas douteuse.

L'animal inoculé avec le sang et la sérosité sanguinolente du *fœtus* a succombé un mois plus tard environ, le 25 *août*, et les lésions tuberculeuses étaient certainement aussi graves, aussi caractéristiques que celles que nous avions observées, quinze jours plus tôt, chez le cobaye inoculé, en même temps que les autres, avec le *poumon* tuberculeux de la *mère*. Quoi qu'il en soit, nous avons aussitôt ouvert une série dont le *deuxième* terme vit encore à ce jour; mais il nous paraît déjà bien prouvé que le sang du fœtus, tout comme le placenta, tout comme le poumon de la mère, contenait des germes de tuberculose infectieuse.

On peut comprendre, par anticipation, tout l'intérêt que présentent ces expériences et toute l'utilité qu'elles auront pour l'étude si importante de l'HÉRÉDITÉ de la tuberculose (1). Mais nous ne voulons pas aborder encore ici cette question. Cette digression n'a d'autre but que d'appuyer la proposition que nous avons formulée tout à l'heure. Presque tous les tissus pris chez un tuberculeux, même les plus sains, avons-nous dit, peuvent, dans certains cas, transmettre la tuberculose par inoculation; et nous avons cité une tuberculose infectieuse consécutive à l'inoculation de l'encéphale sain d'un cobaye tuberculeux. Les deux dernières expériences que nous venons de rapporter prouvent que ces tissus doivent probablement, en pareil cas, leurs propriétés infectieuses au *sang* qu'ils renferment toujours en plus ou moins grande quantité.

(1) M. Landouzy, suppléant du professeur Hardy, à la Charité, vient d'aborder cet intéressant sujet dans une de ses dernières cliniques, du 30 octobre. Nous en ferons incessamment l'objet d'un travail écrit en commun. (Voir le n° de décembre de la *Revue de médecine*.)

Digitized by Google

Nous aurons à prouver plus tard cette assertion. Contentons-nous de conclure pour l'instant que si la pathologie expérimentale est appelée, sans aucun doute, à résoudre la question complexe des tuberculoses locales, et des rapports de la tuberculose avec la scrofulose, elle ne doit néanmoins être invoquée qu'avec prudence, et à la condition d'éliminer avec soin les causes multiples d'erreur.

Il y a, croyons-nous, deux périodes très distinctes dans l'évolution de la tuberculose chez un tuberculeux. Pendant la première période, et quelle que soit la *porte d'entrée* des germes infectieux, la tuberculose est bien réellement une affection locale : elle est alors uniquement localisée dans les poumons, dans la peau, dans l'intestin, dans le testicule, dans le sein, dans la bouche, etc., etc. A ce moment-là l'organisme est indemne d'infection, et par l'ablation totale des tissus malades, si cette ablation chirurgicale est possible encore, on préserve l'organisme de cette infection *secondaire* ou consécutive, tout comme on le préserve de l'infection cancéreuse lorsqu'on enlève un cancer du sein ou de toute autre région externe, avant l'infiltration ganglionnaire et viscérale profonde. A cette période aussi, l'inoculation du sang ou de fragments de tissus sains et pris plus ou moins loin du siège local de l'affection doit être *négative*.

Mais plus tard, après un temps d'ailleurs bien variable, arrive une seconde période pendant laquelle tout l'organisme est infecté ; le sang a disséminé les germes, il en dépose un peu partout sur son passage. Il est trop tard alors pour intervenir chirurgicalement ; le tuberculeux est *infecté* à cette heure ; il est comparable à un malade atteint de pustule maligne et dans le sang duquel la bactéridie a pénétré. A cette période aussi on peut prendre du sang ou du tissu sain dans n'importe quelle région : l'inoculation expérimentale sera *positive*. La seule condition à remplir, est d'inoculer dans de larges proportions ; il faut prendre plusieurs gouttes de sang, ou des fragments d'organes relativement volumineux, parce que les germes tuberculeux ne sont toujours que relativement peu nombreux, et ne pullulent jamais comme ceux de la pustule maligne, par exemple.

Nous sommes donc persuadé que les chirurgiens qui opèrent si volontiers aujourd'hui l'ablation des tuberculoses locales, lorsqu'elles sont susceptibles d'intervention chirurgicale, auront un jour recours au criterium expérimental afin de s'assurer si le patient n'est porteur que d'une affection isolée, localisée, ou, au contraire, d'une infection générale en présence de laquelle la chirurgie doit rester absolument désarmée. (*La fin au prochain numéro.*)

Digitized by Google

RECUEIL DE FAITS.

NOUVELLE CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TRANSFORMATIONS DES TUMEURS CONGÉNITALES DE LA PEAU

MYOME XANTHOMATEUX DÉVELOPPÉ DANS UN MOLLUSCUM.

Par **ERNEST CHAMBARD** et **GOUILLOUD**,
Chefs de clinique de la Faculté de Lyon.

L'observation que nous publions est à la fois un cas de néoplasme rare de la peau et un exemple nouveau des transformations que subissent souvent, au cours de leur évolution, les tumeurs congénitales de cet organe (1); aussi, quelque incomplète qu'elle soit, aux points de vue anatomique et surtout clinique, croyons-nous devoir lui consacrer cette courte note.

Un homme adulte, son âge n'est pas indiqué dans l'observation, portait au-dessous de la pointe de l'omoplate gauche une tumeur arrondie et aplatie, supportée par un pédicule dont la largeur n'excédait pas un centimètre, rappelant par sa forme et son volume, une « blague à tabac vulgaire », et en tous points semblable à un molluscum pendulum. La consistance de cette tumeur était molle ou plutôt cireuse ; sa couleur était d'un rouge vineux assez intense et la peau qui la recouvrait était fine, lisse, adhérente et recouverte de fines squames épidermiques. — Son indolence, enfin, avait toujours été parfaite.

Désireux d'être débarrassé de cette excroissance qui le gênait, cet homme entra, en juillet 1882, dans le service de M. le Dr Mollière, qui l'opéra avec un plein succès. — Une section pratiquée suivant le grand diamètre de la tumeur, immédiatement après l'excision, montra une surface de coupe lisse, plus molle et plus vasculaire au centre qu'à la périphérie et présentant dans cette dernière zone une coloration jaunâtre *qui fut comparée, de suite à celle du xanthoma.* Ce n'était pas une vaine apparence et l'examen microscopique devait justifier cette comparaison.

Apportée le jour même au laboratoire d'anatomie générale de la Faculté, la tumeur fut soumise à la méthode de durcissement la plus ordinaire : macérations successives dans l'alcool, la gomme et l'alcool. — Nous en fîmes des coupes que nous colorâmes par le picrocarmin et l'éosine hématoxy-

(1) L'un de nous a déjà insisté sur la fréquence de ces transformations et en a publié plusieurs observations. Voy. *E. Chambard.* Note sur un cas de cancer primitif de la peau (carcinome réticulé). (*Arch. de Physiol.*, 1879). — Contribution à l'étude de la transformation cancéreuse des néoplasmes bénins de la peau. — (*Annales de Dermat. et de Syphiligr.*, 1883.)

Digitized by Google

lique (1). Quelques-unes furent soumises à d'autres méthodes dont nous indiquerons plus tard la nature et le but.

L'observation de ces préparations d'abord à un faible grossissement, puis avec des grossissements plus forts, nous permettra de déterminer la topographie et la nature des altérations histologiques qu'elles présentent.

A. Analyse topographique de la tumeur.

L'examen d'une coupe perpendiculaire à la surface de la tumeur et se dirigeant vers son centre, nous montre que sa texture est très analogue à celle d'un molluscum. Elle apparaît essentiellement formée de tissu conjonctif émané d'un faisceau fibreux qui en occupe l'axe et est revêtue d'un épiderme corné identique à celui de la peau, bien que notablement plus épais. De nombreux orifices vasculaires se voient en différents points de la préparation.

Nous aurons donc à distinguer, dans la tumeur, trois régions : l'une centrale ou axiale composée de tissu conjonctif fibreux dont les faisceaux semblent rayonner d'unaxe vers les différents points de la périphérie; l'autre, moyenne ou corticale, constituée aussi de tissu conjonctif, mais dont les faisceaux paraissent s'entre-croiser en tous sens ; une autre, enfin, périphérique ou épidermique.

A ce grossissement cependant, on peut déjà distinguer sur les coupes, quelques particularités qui permettent de supposer qu'un processus néoplasique nouveau s'est surajouté au processus ancien dont le fibrome molluscoïde a tiré son origine.

C'est dans la zone moyenne ou corticale de la tumeur que ces particularités se rencontrent. Dans presque toute son étendue, le tissu conjonctif paraît infiltré ou même remplacé par des amas de cellules qui apparaissent comme un semis confluent de points rouges ou bleus, selon le mode de coloration. La même zone est parsemée, d'autre part, de petites masses brillantes, ayant l'apparence de la graisse.

B. Analyse histologique de la tumeur.

1° *Zone centrale ou axiale.* — La zone centrale, ainsi que nous l'avons dit, est constituée par des faisceaux fibreux qui semblent former l'axe de la tumeur et se perdent, en divergeant, au sein de la zone corticale. Entre ces faisceaux sont interposées de nombreuses cellules lymphatiques et conjonctives, et l'on remarque, dans leurs intervalles, de nombreux vaisseaux sanguins, de nombreux sinus veineux surtout, notablement dilatés et entourés, en beaucoup de points, de granulations d'hématine. En quelques endroits, ce tissu fibreux se transforme en tissu muqueux.

Jusqu'ici, la structure de la région centrale de notre tumeur ne diffère en rien d'essentiel de celle de la région homologue d'un molluscum ordinaire ; mais un examen plus attentif nous montre l'existence, entre les faisceaux

(1) L'éosine hématoxylique, que notre maître M. le professeur *Renaut* a introduite en histologie, est un excellent réactif colorant, bien supérieur, en beaucoup de cas, au picrocarmin, qui jouit à la fois des propriétés électives de l'éosine et de l'hématoxyline : il colore en rose le protoplasma et les fibres conjonctives, en rouge les fibres élastiques, en bleu les noyaux, et donne des préparations d'une grande élégance et d'une admirable netteté. Ce réactif, plus facile à préparer et à conserver que le picrocarmin, présente, en outre, le grand avantage de colorer très rapidement les pièces frisées par les solutions chroniques et les vapeurs osmiques.

Digitized by Google

conjonctifs parallèles ou divergents qui la constituent, de nombreuses *cellules musculaires lisses*, parfaitement isolées les unes des autres et nettement caractérisées, que nous avons pu étudier sur des fragments dissociés aussi bien que sur les coupes. Ces cellules, dont la direction est parallèle à celle des fibres conjonctives, sont fusiformes, extrêmement allongées, munies à leur centre d'un noyau oblong, qui se colore en bleu par l'éosine hématoxylique. Ce même réactif donne à leur protoplasma une teinte rouge un peu brunâtre, tout en lui conservant sa refringence spéciale.

2° *Zone moyenne ou corticale.* — La zone moyenne se divise en deux couches secondaires : l'une profonde et l'autre superficielle.

a. Sur les limites de la zone centrale et de la couche profonde de la zone moyenne, les cellules musculaires que nous venons de décrire deviennent beaucoup plus nombreuses ; elles le sont tellement, au niveau de cette dernière, qu'elles semblent la constituer à elles seules et qu'on ne retrouve qu'avec peine les traces du tissu conjonctif auquel elles se sont presque entièrement substituées.

Cette couche, en effet, semble à première vue uniquement composée de cellules fusiformes à protoplasma rouge, à noyau bleu, disposées sans ordre, et seulement écartées par places, par des orifices vasculaires : on croirait voir la coupe d'un sarcome fasciculé.

Un examen plus attentif redresse facilement cette erreur. Les cellules fusiformes qui constituent presque exclusivement la couche que nous étudions, diffèrent sensiblement, il est vrai, de celles que nous avons rencontrées à l'état typique dans l'axe fibreux du néoplasme : elles sont plus courtes et plus grosses, mais leur réfringence spéciale, leur mode de coloration et la forme de leurs noyaux sont les mêmes. L'on peut observer, d'autre part, toutes les formes intermédiaires entre les unes et les autres, et sur certains points des préparations où elles apparaissent sectionnées en travers l'on voit, à l'aide d'un grossissement suffisant, la mosaïque qui résulte de la juxtaposition de leurs cylindres primitifs et qui est bien connue des histologistes sous le nom de champ de Conheim.

Il est facile, d'autre part, de constater que ces cellules, dont la nature musculaire ne saurait ainsi être douteuse, ne composent pas à elles seules la couche profonde de la zone corticale de la tumeur. Elles sont accompagnées de fibres conjonctives très fines, il est vrai, dont elles semblent suivre la direction, et l'on trouve interposées entre elles de nombreuses cellules plates du tissu conjonctif qui s'en distinguent par leur forme, leur aspect et leur coloration. La région qu'elles occupent est enfin parcourue par de nombreux vaisseaux et, notamment, par des sinus veineux relativement énormes dont les parois fibreuses, bien que fort minces, sont très nettes, et qui n'ont nullement l'aspect des vaisseaux embryonnaires qui caractérisent les tissus de nature sarcomateuse.

C'est dans cette région que se rencontrent les *foyers xanthomateux* dont nous avons à décrire maintenant la structure et le mode de formation.

A de faibles grossissements, propres à montrer l'ensemble des préparations, ces foyers apparaissent, avons-nous dit, comme des points ou de petites taches brillantes ayant l'apparence et la réfringence de corps gras.

Des grossissements plus considérables permettent d'en étudier les limites et les caractères : ils se montrent alors comme des lacunes irrégulières, au niveau desquelles les cellules fusiformes ont disparu et sont remplacées par

Digitized by Google

des amas de petits corps aciculés, brillants, blancs, d'un reflet graisseux et assez semblables à ces cristaux d'acides gras que l'on rencontre souvent dans les foyers anthéromateux. Ces amas n'ont aucune limite précise : ils se diffusent entre les cellules musculaires dans l'intervalle desquelles on rencontre encore beaucoup de ces petits bâtonnets, et il en existe un nombre considérable d'autres tellement petits qu'ils se perdent au sein des amas cellulaires et ne peuvent être décelés qu'à l'aide de grossissements assez forts et d'une certaine attention.

Que signifiaient ces singulières lacunes et quelle était la nature des corpuscules bacillaires qui les remplissaient ? Notre pensée commune fut que nous étions en présence de foyers d'une dégénérescence graisseuse très analogue à celle qui, dans le xanthoma, frappe les cellules conjonctives ; mais quelqu'un ayant émis l'opinion que les corpuscules bacillaires pouvaient être des parasites analogues à ceux que l'on rencontre dans les lymphatiques de certains fibromes, nous devions, avant de donner la preuve de notre hypothèse, vérifier l'exactitude de celle qui nous était suggérée.

A cet effet, nous avons traité certaines de nos préparations par la méthode de *Malassez* (1), et nous avons vu nos corpuscules bacillaires rester incolores, alors que tout autour d'eux prenait une coloration intense. A titre de contre-épreuve, nous avons coloré *avec les mêmes réactifs* différents parasites, le leptothrix buccalis, par exemple, et certains micrococcus que nous avons rencontrés dans des coupes de productions tuberculeuses. Nos corpuscules n'étaient donc nullement des parasites.

Cette hypothèse éliminée, il nous fallait démontrer la nôtre. Dans ce but, nous avons traité des coupes colorées par le chloroforme, puis nous les avons déshydratées, éclaircies et montées dans le baume du Canada. Sur ces préparations : les corpuscules bacillaires avaient entièrement disparu, le chloroforme les avait complètement dissous et l'aspect des taches était devenu identique à celui des foyers xanthomateux que l'un de nous a décrits dans des publications antérieures (2). Ces taches se présentaient alors comme des lacunes irrégulières, vraisemblablement produites par la dégénérescence graisseuse de groupes de cellules conjonctives ou peut-être musculaires, dans lesquelles cependant ces cellules se montraient encore à l'état de vestige sous forme de masses extrêmement pâles et très finement granuleuses, polyédriques par pression réciproque, à contours à peine distincts, ayant conservé souvent leur noyau atrophié que le carmin ou l'hématoxyline colorait encore vivement. Il était évident que le protoplasma cellulaire avait subi la dégénérescence graisseuse, et que seules, la cuticule de la cellule et peut-être sa charpente

(1) La méthode de *Malassez* consiste à colorer les tissus et les liquides que l'on suppose renfermer des microbes, avec une solution de violet de Paris, marque BBBBB ou, plus clairement, 5 B, puis à les décolorer juste à point pour que les microbes restent seuls à retenir la matière colorante dont ils sont fort avides. Cette méthode est exposée avec détail dans le *Progrès médical*, n° du 8 juillet 1882.

Nous recommandons, à ce propos, à ceux qui se livrent à la chasse aux microbes, la lecture de l'important chapitre sur la *Recherche et la préparation* de ces organismes, que M. *Firket*, assistant au cours d'anatomie pathologique de l'Université de Liège, a intercalé dans son excellente traduction du *Manuale di microscopia clinica* du prof. *Bizzozero*; elle leur évitera certainement bien des manipulations infructueuses et des recherches bibliographiques aussi longues que fastidieuses.

(2) E. Chambard, Des formes anatomiques du xanthélasma cutané. (*Archiv. de Physiologie*, 1879.)

Digitized by Google

intraprotoplasmique, avaient résisté, ainsi que le noyau, au processus dégénératif.

b. Les altérations que nous venons de décrire s'arrêtent assez nettement aux limites couches profonde et superficielle de la zone corticale de la tumeur. Cette dernière couche offre la structure du derme qu'elle semble représenter. Ses vaisseaux sont dilatés et entourés de traînées de cellules lymphatiques plongées dans un tissu conjonctif œdémateux. Certaines de ces cellules sont volumineuses, deux fois plus que les cellules voisines, et affectent une apparence muriforme. Leur protoplasma semble subdivisé en sphérules, séparées par une matière moins réfringente que lui. Les papilles sont très œdémateuses et infiltrées de micrococci innombrables que l'éosine teint en rose et qui se rencontrent dans toutes les parties des préparations, jusqu'au sein des foyers xanthomateux. Les conditions dans lesquelles la pièce a été recueillie et préparée ne nous permettent pas de nous prononcer sur la signification de ces organismes inférieurs.

3° *Zone périphérique ou épidermique*. — L'épiderme qui revêt la tumeur ne présente de remarquable qu'un œdème considérable qui se traduit par l'écartement des cellules du réseau malpighien et la présence de nombreuses cellules lymphatiques dans le réseau inter-épithélial. On y rencontre encore, comme dans toutes les régions de la tumeur, un nombre considérable de ces microbes que *Koch* désigne du nom assez impropre, au point de vue étymologique, de sphérobactéries.

Désireux de ne pas dépasser, à propos d'un fait isolé, les limites d'une simple note, nous serons brefs sur les réflexions qu'il nous suggère.

L'intérêt histologique de ce fait est dans la rareté des myomes cutanés auxquels il peut être rattaché, et dont M. *Besnier* (1) a si bien écrit l'histoire ; il réside encore dans l'existence de points xanthomateux. L'un de nous à montré ailleurs (2) que s'il existait une affection spéciale, le xanthome, la dégénérescence xanthomateuse des cellules ne lui était pas propre, et pouvait se rencontrer dans les néoplasies les plus diverses. A côté du xanthome, la xanthomatose.

Nous savons, d'autre part, que le molluscum, tumeur congénitale et héréditaire, essentiellement bénigne, peut devenir et devient assez souvent le siège de processus néoplasiques qui en changent notablement le pronostic : il n'était pas sans intérêt, au point de vue clinique, d'ajouter une espèce nouvelle à la liste déjà longue des transformations que le molluscum peut subir, et de placer le molluscum myomateux à côté du molluscum sarcomateux que M. *Malassez* a décrit et des molluscums carcicomateux et épithéliomateux, dont l'un de nous a rapporté des observations anatomiques et cliniques.

(1) E. Besnier, Études nouvelles de dermatologie. Les tumeurs de la peau. 2e article. Les dermatomyomes (fibro-myomes, liomyomes ou myomes cutanés). (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n° 1, 1880.)

(2) E. Chambard, Dernières recherches anatomiques et cliniques sur le xanthome. (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n°s 9 et 10, 1882).

Digitized by Google

REVUE DE DERMATOLOGIE.

I. — Recherches anatomiques sur l'acné, par E. Vidal et Henri Leloir (*Société de biologie*, 13 avril 1882).

II. — Acné indurée, généralisée, contagieuse, ayant pour origine une acné varioliforme, par Ch. Brame (*Académie des sciences*, 10 juillet 1881).

III. — Note sur le psoriasis, par E. Vidal et Leloir (*Société de biologie*, 11 mars 1882).

IV. — Cancer de la peau du dos avec généralisation aux ganglions du creux de l'aisselle, par Suchard (*Société anatomique*, 24 mars 1881).

V. — Note sur une espèce de cellules granuleuses et ses relations avec la syphilis, le lupus, le rhinosclérome et la lèpre, par Babès (*Société anatomique*, 18 mai 1883).

VI. — Un cas de langue noire, par Albert Mathieu (*Société anatomique*, 13 décembre 1883).

VII. — Examen histologique des lésions de l'ongle dans la pustule variolique sous-unguéale, par Suchard (*Société anatomique*, 24 mars 1882).

I. — Dans ce travail, MM. *Vidal* et *Leloir* divisent les acnés, d'après leur pathogénie, en deux groupes :

Les unes, l'acné rosée et certaines formes d'acné hypertrophique, sont d'origine vasculaire et succèdent à des congestions répétées du derme.

Les autres : acnés cornée, ponctuée, kystique, certaines formes d'acnés hypertrophiques, sont dues à la rétention et à l'altération du produit du follicule pilo-sébacé. Mais il peut arriver que ce produit, agissant comme corps étranger et irritant, détermine une inflammation du follicule et de la région voisine; ainsi se forment les acnés suppurée, indurée, phlegmoneuse.

Nous ne suivrons pas les auteurs dans leur description histologique, excellente d'ailleurs, des différentes acnés; nous en signalerons seulement, d'après eux, une forme encore peu connue : l'*acné cornée*, dans laquelle les follicules pileux, saillants et surmontés d'une pointe dure, se

Digitized by Google

réunissent en plaques circonscrites. L'acné cornée semble être une sorte de psoriasis du goulot du follicule, qui est en même temps dilaté et obturé par un bouchon de corne. E. CHAMBARD.

II.— Les conclusions que l'on peut tirer de cette communication sont les suivantse.

1° L'acné varioliforme est contagieuse et engendre une acné indurée qui se transmet également par contagion au sujet ou à d'autres personnes ;

2° L'acné indurée peut être elle-même contagieuse, grâce à la présence d'un mycoderme spécial que l'auteur y aurait découvert et qu'il nomme *acné incurvata*. E. CHAMBARD.

III. — Sur des lambeaux de peau obtenus par la méthode biopsique, MM. *Vidal* et *Leloir* ont constaté les lésions suivantes :

Le derme, dont les ulcérations avaient été déjà bien étudiées par *Neumann*, est le siège d'une congestion qui prédomine dans les couches superficielles et peut aller jusqu'à la formation de petits foyers hémorrhagiques. Les vaisseaux sont dilatés et entourés de cellules lymphatiques qui leur forment une gaine : la plupart d'entre elles semblent provenir de la diapédèse, mais quelques-unes résultent évidemment de la prolifération des cellules fixes du tissu conjonctif. Les nerfs, examinés au moyen de méthodes précises avec lesquelles M. *Leloir* est familier, lui ont paru absolument sains.

Les altérations du système épidermique étaient moins connues et les auteurs les décrivent avec soin. Ils ont trouvé la couche génératrice normale ; la couche de Malpighi fortement hypertrophiée et parsemée de petites lacunes résultant de la lésion décrite par M. *Ranvier* sous le nom d'atrophie du noyau par dilatation du nucléole ; *la couche granuleuse intacte*, et le stratum lucidum également normal. La couche cornée, fortement épaissie, pouvait se diviser en deux couches : l'une superficielle desquamante, l'autre profonde, dans laquelle les cellules, encore vivantes et non kératinisées, étaient pourvues d'un noyau nettement dessiné par le carmin. D'après MM. *Vidal* et *Leloir*, cette persistance de vitalité de la couche cornée au-dessus du stratum lucidum explique facilement l'épaississement considérable de cette couche et la production rapide et considérable des squames au niveau des papules psoriasiques.

Ces conclusions diffèrent, en un point, de celles auxquelles est arrivé M. *Suchard*, dont nous avons analysé, à cette place, le travail sur les modifications et la disparition du stratum granulosum de l'épiderme dans quelques maladies de la peau.

Au cours de ce mémoire, cet histologiste insiste beaucoup sur la dis-

Digitized by Google

parition complète du stratum granulosum et de l'éléidine dans tous les points où l'épiderme se soulève de manière à former une squame, et, notamment, dans le psoriasis. M. *Suchard* semble, d'ailleurs, avoir parfaitement compris l'importance de ces recherches pour la détermination définitive du rôle, encore assez obscur, que joue l'éléidine dans les processus de kératinisation épidermique.

Nos propres observations sur les caractères histologiques du psoriasis et des affections squameuses tendraient à confirmer l'assertion sur laquelle M. *Suchard* insiste si vivement. Dans le psoriasis, notamment, et dans certaines affections psoriasiformes dont nous décrirons prochainement un type, nous avons constaté l'absence du stratum granulosum et de l'éléidine ainsi que quelques autres altérations, encore peu connues, sur lesquelles nous nous proposons de revenir. E. CHAMBARD.

IV. — Une femme portait au milieu de la région moyenne de l'omoplate une tumeur *pédiculée* et ulcérée de la grosseur d'une noix, qui fut enlevée *avec l'écraseur* par M. Verneuil. Neuf mois après, la tumeur récidiva dans la cicatrice et l'on put constater qu'une véritable chaîne de cordons indurés et noueux la reliait aux ganglions de l'aisselle, indurés eux-mêmes et très volumineux. Malgré ces circonstances défavorables, M. Verneuil pratiqua une seconde opération et enleva, avec un large lambeau de peau, tout ce qu'il put des troncs et des ganglions lymphatiques.

L'examen de la tumeur montra à M. *Suchard* qu'elle était formée « d'un stroma nettement carcinomateux, dans lequel on pouvait apercevoir, en de certains points, des tubes très hypertrophiés de glandes sudoripares ».

Quelques renseignements cliniques et anatomiques complémentaires eussent pu ajouter beaucoup à l'intérêt de cette observation. Il eût été intéressant de savoir si la tumeur primitive ne s'était pas développée au sein d'une tumeur préexistante, d'un molluscum, par exemple, ainsi que son siège, sa pédiculisation, la possibilité de l'enlever à l'aide de l'écraseur, tendraient à le faire supposer. L'examen microscopique présente aussi quelques lacunes : il s'agit d'un carcinome, sans doute; mais quelle en était l'origine ? Le cas de M. *Suchard* est-il un carcinome primitif de la peau, forme rare, mais dont nous croyons avoir montré l'existence, ou un épithélioma carcinomateux, et, dans cette dernière hypothèse, provient-il de l'hépithélium de revêtement ou de l'épithélium glandulaire ? Ces questions sont souvent d'une solution difficile, surtout lorsqu'on ne peut examiner qu'une tumeur récidivée; mais il est bon de les soulever, car le diagnostic histologique d'une lésion n'est complet que lorsqu'il en in-

Digitized by Google

dique non seulement l'état actuel, mais encore l'origine, l'évolution et l'avenir.

V. — Les cellules décrites par Ehrlich sont plus grandes que les cellules migratrices. On les rencontre surtout autour des vaisseaux, entre les fibres lamineuses, dans l'épaisseur du derme, dans les papilles.

Arrondies ou allongées, elles peuvent offrir des prolongements. Elles se colorent surtout avec le violet de méthyle 1 B et la gentiane.

Le protoplasma se colore plus que le noyau. Il est constitué par une série de grains allongés ou arrondis et rapprochés.

Ces grains, qui forment le corps cellulaire, ne limitent pas celui-ci d'une façon précise.

M. Babès leur a trouvé une grande ressemblance avec certains microbes infectieux, tels que ceux décrits dans la syphilis, le lupus, le rhinosclérome et la lèpre.

Les microbes (micrococciformes), que Birsch Hirschfeld a décrits dans les produits syphilitiques, ne seraient autres que ces granulations spéciales. P. HAMONIC.

VI. — Depuis que *Maurice Raynaud* a décrit la *langue noire* comme une teigne de la muqueuse buccale, la plupart des observateurs ont vu le parasite qu'il croyait y avoir rencontré; quelques-uns cependant en niaient l'existence. C'est du côté de ces derniers que vient se ranger M. *Albert Mathieu*, à la suite d'un examen attentif auquel il a soumis la langue d'un malade de M. *Lallier*, présentant sur la partie moyenne de cet organe une large tache noire hérissée de papilles hypertrophiées qui, humectées de salive, « ressemblaient à un gazon épais couché par une pluie intense. »

Grâce aux perfectionnements de la technique histologique, M. *Mathieu* a pu éliminer les causes d'erreur qui ont trompé la plupart de ses devanciers. Les papilles excisées et plongées dans l'éther ont été débarrassées des granulations graisseuses qui les remplissaient et qui avaient pu en imposer pour les spores; la solution de potasse a éclairci et dissocié leur revêtement épithélial ; le picrocarmin et la fucshine ont différencié plus nettement les éléments qui les composent, et leur structure est apparue sous son véritable aspect.

De la description donnée par M. *Mathieu*, il ressort que les papilles de la langue noire ont subi une hypertrophie considérable, surtout au profit de leur épithéliumde revêtement, et qu'il n'existe aucune trace de parasite. Quant à la coloration noire qui se montrerait, d'après *Gubler*, chez les sujets à salive acide et ne buvant pas de vin, son explication est assez difficile.

Digitized by Google

M. *Mathieu* incline, et non sans raison, peut-être, à l'attribuer aux nombreuses granulations graisseuses qui infiltrent la gaine épithéliale épaissie des papilles. E. CHAMBARD.

VII. — Au voisinage d'une pustule variolique sous-unguéale, M. *Suchard* a constaté que, partout où la corps muqueux de la matrice de l'ongle était enflammé, le stratum granulosum renfermait, non plus de la matière onychogène découverte par M. *Ranvier*, mais bien de l'éléidine, substance dont la présence coïncide toujours, d'après le même histologiste, avec la kératinisation épidermique. Le corps muqueux de l'ongle enflammé fait donc, non plus de la substance cornée unguéale, mais de la corne épidermique qui, beaucoup moins solide, est enlevée par les frottements et laisse les pertes de substance qui marquent, pour ainsi dire, la date de la maladie. Les recherches de M. *Suchard* sur cette question ont été consignées par lui, plus au long, dans un mémoire dont nous avons déjà rendu compte : DES MODIFICATIONS DES CELLULES DE LA MATRICE ET DU LIT DE L'ONGLE DANS QUELQUES CAS PATHOLOGIQUES (*Archives de physiologie*, n° 7, 1882). E. CHAMBARD.

VIII. — DIAGNOSTIC DE LA MALADIE DE PAGET DU MAMELON et de l'eczéma du mamelon, par le Dr MAC CALL ANDERSON (*Glasgow med. journal*, octobre 1882).

IX. — CAS DE MALADIE DE PAGET DU MAMELON, par le Dr SHERWELL (*Journal of cutaneous and venereal diseases*, mars 1883, p. 185).

X. — DE LA MALADIE DE PAGET, OU DERMATITE PAPILLAIRE MALIGNE par le Dr SHERWELL (*Congrès de l'association dermatologique américaine*, 29 août 1883).

XI. — DEUX CAS DE LA MALADIE DE PAGET DU MAMELON, par le Dr LOUIS A. DUHRING (*The american journal of the medical sciences*, juillet 1883, p. 116).

C'est en 1874, dans le volume dixième des Saint-Bartholomews Hospital Reports, p. 87, que sir James Paget a, pour la première fois, appelé l'attention des cliniciens sur ces faits assez insolites dans lesquels on voit une affection chronique de la peau du mamelon et de l'aréole être suivie de la formation d'un cancer du sein. L'illustre chirurgien anglais en avait déjà observé à cette époque 15 cas. Dans ces 15 cas, la formation du cancer avait toujours été précédée d'une éruption persistante occupant le mamelon et l'aréole, et semblable soit à un eczéma chronique soit à un psoriasis. Aucun traitement local ou général n'avait pu

Digitized by Google

triompher de cette éruption en quelque sorte prémonitoire, et, après un temps variable de 1 à 2 ans, il avait vu les parties profondes de la glande s'indurer et être envahies par du tissu cancéreux.

Pour Sir James Paget, il n'y avait là d'ailleurs qu'une relation de cause à effet : il pensait que dans ces cas il se passait au sein ce qui se passe assez souvent, soit à la langue, soit même en d'autres points du corps où l'on voit se développer des épithéliomas sur des points longtemps traumatisés, ou qui sont le siège d'une autre affection très légère mais persistante. En somme, ce serait encore une des applications de la loi du *locus minoris resistentiæ*, loi qui semble présider à presque toutes les localisations pathologiques. Une maladie superficielle pourrait ainsi provoquer dans les tissus sous-jacents, au bout d'un temps plus ou moins long, une modification telle qu'ils deviendraient aptes à subir une transformation cancéreuse. Mais la maladie de peau antérieure a-t-elle quelque caractère particulier qui puisse faire prévoir qu'il se développera tôt ou tard un cancer profond? Est-elle elle-même un simple eczéma, ou bien un cancer de la peau, un épithélioma qui resterait longtemps superficiel, puis finirait par se généraliser? Les auteurs qui depuis l'article du Dr Paget ont observé des cas semblables ont essayé de résoudre ces diverses questions, mais il reste encore beaucoup de points obscurs. C'est ainsi qu'en 1876 (V. *The Lancet*, 15 janvier 1876, p. 92) le Dr Henry Butlin fit des recherches sur l'anatomie pathologique de deux seins ont les aréoles avaient été longtemps le siège d'un eczéma.

L'un provenait d'une vieille femme de 67 ans, chez qui on avait pratiqué l'extirpation préventive, l'autre d'une femme de 53 ans dont le mamelon était atteint depuis 3 ans déjà d'un eczéma, et dont le sein avait commencé à s'indurer. Il ne trouva aucune trace de formation cancéreuse; les lésions étaient purement et simplement celles d'un eczéma chronique; mais le processus morbide avait envahi les canaux glandulaires et les acini dans une assez grande étendue. De telle sorte qu'il semble résulter de ce fait que l'inflammation chronique provenant d'un eczéma invétéré du mamelon peut envahir des parties relativement assez profondes de la glande mammaire. Toutefois, ces recherches étaient loin de donner la clef histologique de la question : on avait, il est vrai, constaté simplement des lésions d'eczéma chronique; mais ces deux seins seraient-ils devenus cancéreux? C'est ce qu'il est impossible d'affirmer : et Butlin n'a pas pu sur ses coupes trouver une lésion faisant prévoir la naissance d'une production carcinomateuse. — En 1881, le Dr Munro rapporte dans le *Glasgow medical Journal*, novembre 1881, p. 342, trois cas nouveaux d'eczéma du mamelon ayant précédé pendant longtemps l'apparition d'un

Digitized by Google

cancer du sein, et il leur donne le nom de maladie de Paget du mamelon, (*Paget's disease of the nipple*). Il semble donc en faire une affection spéciale, *sui generis,* et non un simple eczéma qui, fort rebelle, causant des irritations répétées chez des personnes prédisposées, finirait par déterminer l'apparition d'un cancer au *locus minoris resistentiæ.* Cela est si vrai qu'il cherche à établir des caractères différentiels entre cette éruption cutanée prémonitoire du cancer et l'eczéma chronique ordinaire du mamelon et de l'aréole.

La limitation de la plaque eczématiforme par un bord net et arrêté, l'infiltration et l'épaississement de la peau, la résistance de la lésion à tout espèce de traitement, son développement à une période de la vie où l'on voit apparaître le cancer, serviraient d'après lui à porter un pronostic fatal. Il se ferait une altération de l'épithélium des canaux galactophores, altération qui, gagnant peu à peu en profondeur, finirait par donner lieu à un épithélioma de la glande : on voit que les recherches de Butlin démontreraient jusqu'à un certain point la réalité de ce processus.

VIII. — Tous les auteurs suivants ont adopté ces idées, et ont surtout cherché à préciser le diagnostic différentiel entre la maladie de Paget et l'eczéma chronique ordinaire du mamelon. C'est ainsi que, d'après le Dr Mac Call Anderson, la maladie de Paget s'observerait surtout chez les femmes qui ont passé l'époque de la ménopause; dans les cas typiques, après l'ablation des croûtes, la surface affectée serait à vif, d'un rouge brillant et paraîtrait granuleuse : en la prenant entre le pouce et l'index, on aurait presque toujours une sensation d'induration superficielle; les bords de l'éruption seraient nets, abrupts, et souvent surélevés; cette lésion serait fort rebelle et ne cèderait qu'à l'extirpation ou à tout autre traitement de l'épithélioma. — L'eczéma chronique du mamelon et de l'aréole se verrait au contraire surtout chez la femme pendant la grossesse ou la lactation; la surface atteinte ne serait pas dans ce cas aussi rouge que dans le cas précédent, elle ne serait pas granuleuse, ne présenterait pas de base indurée, n'aurait pas des bords abrupts et nettement limités; enfin, quoique rebelle, l'éruption cèderait à la longue à un traitement convenable. Nous ne ferons que signaler en passant un cas rapporté par le Dr *Snow* (voir *British med. journal,* 16 décembre 1882), où l'on avait diagnostiqué une maladie de Paget chez une femme atteinte d'une ulcération superficielle, indurée et triangulaire du mamelon; on vit se manifester ensuite des signes de syphilis constitutionnelle.

La prétendue maladie de Paget avait guéri avec des applications d'une

Digitized by Google

pommade à l'iodoforme, et n'avait été fort probablement qu'un chancre syphilitique du sein.

IX et X. — Il n'en est certes pas de même dans le cas dont le Dr Sherwell a récemment parlé à la Société dermatologique de New-York. Il s'agissait d'une femme de 44 ans, d'excellente santé antérieure, qui souffrait du mamelon depuis 2 ans 1/2. On y voyait une plaque d'une forme irrégulièrement ovalaire, de 2 pouces 1/2 de grand diamètre transversal sur 1 pouce 1/2 de petit diamètre vertical; sa surface était d'un rouge brillant, couverte de fines croûtes. Le mamelon était tellement rétracté, qu'il disparaissait très enfoncé au-dessous du niveau de l'aréole ; les bords de la plaque étaient nettement définis et un peu surélevés sur les parties voisines.

La malade se plaignait d'éprouver des démangeaisons et une sensation de brûlure au point lésé. Il était impossible de sentir aucune induration, ni dans la glande, ni au-dessous de la surface affectée.

L'auteur en a observé un autre cas dans lequel il s'agissait d'une vieille femme de 75 ans chez laquelle la maladie avait duré 12 ans. — Il croit que les symptômes subjectifs qui existent dans cette affection (prurit, sensation de brûlure) sont ceux d'un eczéma et non ceux d'une lésion carcinomateuse; mais ils sont plus intenses que dans un eczéma ordinaire. Quant aux symptômes objectifs, ils seraient d'après lui absolument identiques à ceux de l'eczéma : le suintement serait tout à fait analogue, il empèserait le linge et formerait des croûtes qu'il serait impossible de distinguer de celles de l'eczéma impétigineux. La teinte de la surface de la lésion serait peut-être quelquefois plus livide, mais les bords ne seraient pas plus nettement délimités que dans le vieil eczéma chronique du mamelon; enfin, l'aspect un peu surélevé au-dessus des parties voisines de la plaque malade serait semblable à ce qui se voit si fréquemment dans l'eczéma quand il y a prolifération des diverses couches, en particulier des couches inférieures de l'épiderme. La rétraction si marquée du mamelon, et surtout l'aspect de dermatite papillaire maligne qu'a si bien décrit le Dr Thin, permettraient cependant, d'après l'auteur, de faire le diagnostic, et différencieraient d'emblée cette lésion du véritable eczéma. Quant au temps qui s'écoulerait entre le début de l'éruption et l'apparition des premiers symptômes de cancer, il pourrait être, pour le Dr Sherwell, beaucoup plus long que ne l'a dit Paget, qui l'a limité à 2 ans, ainsi que nous l'avons vu plus haut. Dans la discussion qui suivit la communication du Dr Sherwell à la Société de dermatologie de New-York, le Dr Piffard conseilla de détruire la production morbide par des caustiques, et le Dr Taylor proposa même l'ablation totale du sein. Le Dr Bronson recommanda au contraire de la traiter comme

Digitized by Google

un simple eczéma, et il invoqua à l'appui de son opinion un cas publié par le Dr Napier, dans lequel on conseilla de pratiquer l'excision, et qui guérit par le traitement ordinaire de l'eczéma.

XI. — Cette méthode de douceur ne semble pas avoir réussi dans les deux cas suivants que vient de publier le savant professeur de dermatologie de Philadelphie, Louis-A. Duhring, et qui offrent un si grand intérêt que nous croyons devoir en donner une analyse. — Dans le premier cas il s'agissait d'une femme, Mme L..., âgée de 65 ans, et qui, depuis dix ans déjà, était atteinte d'une maladie chronique et rebelle, eczématiforme, du mamelon droit, de l'aréole et du sein correspondants. L'affection avait débuté au centre même du mamelon par une légère desquamation; pendant six mois on n'observa que ce symptôme; parfois cependant il se produisait un léger suintement et une petite croûtelle. Pendant ces six premiers mois on la traita par des caustiques, de telle sorte qu'au bout de ce temps le mamelon était complètement détruit, soit par l'effet des médicaments, soit par l'effet de la maladie elle-même. Depuis lors, pendant neuf ans, la lésion a toujours augmenté; elle a d'abord envahi l'aréole, puis la partie voisine du sein : elle s'est toujours accompagnée d'un suintement abondant, d'excoriations et de croûtes, d'un prurit constant qui dans les derniers temps est devenu véritablement excessif, tandis qu'il était fort tolérable les cinq premières années. Le processus morbide était sans doute alors superficiel, et ne différait pas beaucoup de l'eczéma de cette région. Pendant les deux dernières années, l'endroit où se trouvait le mamelon s'est rétracté, tandis que le sein tout entier est devenu plus volumineux, plus ferme, et a été parfois le siège de légères douleurs lancinantes. On n'y sent pas cependant de nodules ou d'inégalités; les ganglions lymphatiques n'ont jamais été pris. La plaque malade est d'une forme un peu irrégulière; elle est nettement limitée, et a 2 pouces 1/2 environ de diamètre; elle est un peu excoriée, légèrement squameuse et croûteuse. Sa coloration est d'un rouge brillant beaucoup plus vif que dans l'eczéma. La partie centrale est plus profondément intéressée que les bords : la place qu'occupait le mamelon est rétractée assez profondément et est le siège d'un ulcère irrégulier, arrondi, d'un demi-pouce de diamètre et d'un quart de pouce de profondeur, reposant sur une base rouge, granuleuse, violacée. Le reste de la plaque est uni, ferme, fort épaissi, un peu surélevé sur les parties voisines; le suintement est peu abondant. Duhring a essayé de traiter cette affection par des applications d'une pommade à l'acide pyrogallique au 5me, déterminant ainsi des eschares, et pansant dans l'intervalle avec des cataplasmes ou avec une simple pommade émolliente. Mais il n'a réussi qu'à calmer le prurit : la malade ne souffrait plus dès que la pommade à

Digitized by Google

l'acide pyrogallique était appliquée, mais les démangeaisons recommençaient dès qu'on en suspendait l'usage. Après plusieurs autres tentatives inutiles avec le goudron, le sulfate de zinc, le savon noir, diverses préparations sulfureuses, etc., il fit le raclage de la plaque avec la curette, mais il éprouva beaucoup de difficulté à enlever tout le tissu morbide vers la partie centrale, à cause de la dureté et de la profondeur de l'infiltration. La plaie consécutive avait 3/4 de pouce de profondeur. On pansa avec de l'onguent simple : au bout de deux mois tout était cicatrisé ; on espérait avoir une guérison, mais bientôt la lésion se reproduisit prurigineuse dès le début, et, en six semaines, tous les phénomènes caractéristiques avaient reparu. On se décida alors à pratiquer l'ablation totale du sein ; mais la malade n'a pu encore s'y résoudre.

Dans le second cas, la malade Mme S. A. B..., âgé de 40 ans, mère de trois enfants, souffrait déjà depuis six ans d'une affection chronique cutanée du mamelon et du sein gauche. Il y avait eu d'abord une fissure du mamelon qui persista pendant un an avec un léger suintement et un prurit assez vif ; puis l'éruption gagna le mamelon, qui, peu à peu, se rétracta et disparut même complètement pendant les trois dernières années. Puis l'affection s'étendit peu à peu, envahit l'aréole, toujours accompagnée d'un léger suintement et d'un prurit qui ne faisait qu'augmenter d'intensité d'année en année. Pendant les six derniers mois, l'accroissement de la lésion avait été assez rapide. Quoique le sein malade ne soit pas volumineux, il est cependant plus gros, plus plein et plus ferme que le sein droit. Par place, il est très nettement bosselé et donne la sensation d'un squirrhe ordinaire au début.

Au dire de la malade, il n'y a que peu de temps que la glande mammaire s'est ainsi prise : les ganglions lymphatiques sont indemnes. A la place du mamelon et de l'aréole on voit une plaque vernissée çà et là, excoriée, en partie recouverte de croûtes, brillante, d'un rouge violacé, infiltrée, arrondie, de 2 pouces de diamètre environ, à bords très nettement limités et un peu surélevés sur les parties voisines. A première vue on la prendrait pour une plaque d'eczéma. Quand on la saisit entre les doigts, on voit que l'infiltration n'est que superficielle. Comme dans le cas précédent, toute sorte de médicaments ont été employés sans aucun résultat ; cependant les applications d'acide pyrogallique ont également ici calmé le prurit, qui reprenait de plus belle dès qu'on les suspendait. On propose à la malade l'ablation du sein.

Il est impossible de trouver deux observations de maladie de Paget plus typiques. Duhring n'hésite pas à les séparer nettement de l'eczéma ; d'autre part, il ne croit pas non plus que ce soient là des cas de cancer ordinaire, car dans les premières périodes elles n'en ont eu aucun des caractères. La maladie de Paget du mamelon serait donc pour lui une

Digitized by Google

affection particulière à tendance maligne, à marche chronique et insidieuse. Elle différerait de l'eczéma par le caractère du prurit, d'abord presque nul, puis augmentant au point de devenir absolument intolérable, à mesure que la maladie fait des progrès, par ses limites si nettement arrêtées, par ses bords un peu surélevés, par sa couleur plus brillante, par sa marche constamment progressive et dans laquelle on ne retrouve pas les périodes de rémissions et d'exacerbations que présente toujours l'eczéma, enfin par une infiltration ferme et même dure quoiqu'assez superficielle des parties atteintes.

On voit donc, en somme, que Duhring n'a pas beaucoup ajouté au tableau clinique tracé par ses prédécesseurs. Il admet nettement que la maladie de Paget du mamelon est une affection *sui generis,* une sorte d'intermédiaire entre l'eczéma chronique vrai et le cancer vrai du sein. Mais nous ne trouvons pas que cette opinion soit encore bien justifiée. Nous ne pouvons pas oublier qu'on a cité des cas dans lesquels on avait diagnostiqué une maladie de Paget, et qui ont guéri par un traitement assez anodin, et nous nous demandons si ce n'étaient pas de simples eczémas chroniques du sein, et si les caractères cliniques différentiels donnés par les auteurs précédents entre l'eczéma chronique et la maladie de Paget sont bien réels et permettent toujours de reconnaître la nature bénigne ou maligne de l'éruption. Pourquoi, au lieu d'admettre l'existence d'une affection *sui generis*, n'adopterait-on pas l'opinion beaucoup plus simple que, chez des personnes prédisposées, un eczéma chronique et rebelle du mamelon peut être la cause déterminante de l'apparition d'une néoplasie cancéreuse dans un organe aussi sujet que le sein à ces dégénérescences? Telle nous semble, d'ailleurs, avoir été tout d'abord l'idée de Paget.—En présence de certains faits tels que l'observation I de Duhring, par exemple, il serait peut-être aussi permis de se demander si l'on n'a pas groupé sons le nom de maladie de Paget plusieurs affections différentes, des eczémas chroniques rebelles du mamelon, des eczémas chroniques amenant le développement d'un cancer au *locus minoris resistentiæ* de l'économie, et enfin des cancers primitifs de la peau, des épithéliomas en particulier, restant d'abord pendant un certain temps superficiels, puis envahissant les parties profondes. La marche destructive dès le début de la lésion dans la première observation de Duhring, et le succès relatif obtenu par les applications d'acide pyrogallique, pourraient en effet faire soupçonner que cette affection a été dès le début de nature épithéliomateuse. Ce ne sont là que des hypothèses et nous sommes loin d'y attacher grande importance, mais nous tenions à les formuler, pour bien montrer qu'à notre avis la question de la maladie de Paget du mamelon réclame de nouvelles et fort sérieuses études. L. BROCQ.

Digitized by Google

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE.

I. — Cas de paralysie syphilitique, par Seessel (*Communication à la Société new-yorkaise des médecins allemands*, 26 janvier 1883).

II. — Trépanation des os du crâne chez un malade atteint d'exostose syphilitique, par M. Perrin (*Soc. de chirurgie*, 13 juin 1883).

III. — Épilepsie survenue chez un syphilitique et suivie de mort, reconnaissant pour cause une hémorrhagie méningée, par Babinski (*Revue de médecine*, mai 1883).

IV. — Ataxie locomotrice d'origine syphilitique, par Desplats (*Société médicale des hôpitaux*, 22 juin 1883).

V. — Ataxie locomotrice et syphilis, par Desnos (*Société médicale des hôpitaux*, 13 juillet 1883).

I. — Le malade était un jeune homme de 33 ans, d'une vigoureuse constitution, qui avait eu plusieurs années auparavant un chancre probablement induré, mais qui n'avait jamais présenté d'accidents secondaires, du moins à ce qu'il disait. En décembre 1881, il fut pris subitement d'une hémiplégie gauche sans aucun symptôme prémonitoire, et sans perte de connaissance. Des doses modérées d'iodure de potassium l'améliorèrent assez rapidement pour qu'il fut capable de marcher au bout de trois semaines. Toutefois, les réflexes rotulien et du tendon d'Achille restèrent exagérés. Vers la fin de janvier 1882, survint une autre attaque d'hémiplégie, celle-ci du côté droit : il n'y eut encore ni symptômes prémonitoires, ni perte de connaissance. On remit le malade à l'iodure de potassium, mais sans aucun résultat. Le Dr Seessel vit le malade pour la première fois trois semaines après cette seconde attaque; ses facultés mentales étaient intactes. Les rameaux inférieurs du facial droit étaient paralysés, mais la sensibilité de la région correspondante était conservée. Il y avait une hémiplégie droite intéressant les muscles du cou, du dos et de l'abdomen, avec conservation complète de la sensibilité. Le pouls était rapide et il y avait de la dyspnée. La parole n'était pas très distincte sans doute à cause d'une certaine paralysie de l'appareil musculaire. Il y avait aussi du hoquet et une sensation d'oppression à la région précordiale. Dans l'espace de trois semaines, tous ces symptômes avaient beaucoup diminué par l'usage de l'iodure de potassium, du mercure et de l'électricité. Néanmoins, les réflexes rotulien et du tendon d'Achille étaient toujours exagérés. Si le malade essayait de se tenir debout sur les orteils, il se produisait de violents mouvements convulsifs. Ces contractions cloniques des muscles ne s'arrêtaient pas par la pression sur les gros troncs nerveux, mais seulement en faisant passer un fort courant électrique à travers les muscles gastrocnémiens.

Digitized by Google

On pouvait dans ce cas localiser la lésion soit dans la capsule interne, soit vers le pont de Varole, soit vers la moelle allongée. La coïncidence de la paralysie faciale avec l'hémiplégie du même côté aurait fait pencher pour la première de ces hypothèses; mais alors il aurait fallu admettre l'existence antérieure d'une lésion symétrique de l'autre hémisphère à cause de l'hémiplégie gauche qui s'était d'abord produite. Une pareille coïncidence semble assez peu probable; toutefois, il en existe des cas dans la science, aussi ne doit-on pas la regarder comme impossible. Mais il est d'autres symptômes qui semblent devoir faire rejeter cette hypothèse d'une lésion hémisphérique, c'est la paralysie des muscles qui servent à l'émission de la voix sans aphasie et sans amnésie, le hoquet, la sensation de gêne vers la région précordiale, l'accélération du pouls, la dyspnée, etc... Une lésion du pont de Varole aurait produit une paralysie alterne du facial. Aussi nous semble-t-il qu'il faudrait admettre ici une lésion diffuse de l'encéphale, ou bien une lésion intéressant d'une part les pyramides, d'autre part les nerfs craniens à leur émergence. L'auteur reconnaît qu'il lui est impossible de préciser s'il s'agissait dans ce cas d'une lésion gommeuse ou d'une altération syphilitique des vaisseaux. Heubner a publié un cas semblable dans lequel il existait une pachyméningite de la moelle épinière et une dégénérescence syphilitique des artères. L. B.

II. — Voici les principales étapes de l'histoire pathologique de ce malade :

En 1854, balle morte sur le front. Consécutivement, céphalalgie opiniâtre.

En 1865, syphilis contractée au Mexique, traitée par le mercure; persistance de la céphalalgie.

En 1869, les maux de tête devenant plus violents, Nélaton enlève cinq séquestres au niveau du frontal, qui offrait un trajet fistuleux depuis 1854.

En 1870, la céphalalgie réapparaît, et s'amende par le traitement spécifique.

En 1878, le malade devient très excitable, sa mémoire se perd. Il éprouve de la difficulté à articuler les mots; il a de la paralysie incomplète de la face et du côté gauche.

Il rentre au Val-de-Grâce, où M. Perrin constate au niveau du frontal une saillie large, diffuse, en plateau. A son centre on voyait une fissure qui permettait l'introduction d'un stylet et donnait du pus. Le stylet s'engageait vers l'apophyse orbitaire externe, et depuis quelque temps le pus s'écoulait par le nez.

Les symptômes s'aggravèrent, en dépit du mercure et de l'iodure de potassium.

M. Perrin appliqua alors sur le frontal quatre couronnes de trépan, et, à ce niveau, le tissu osseux éburné offrait au moins 1 centimètre et demi d'épaisseur.

La dure-mère, dénudée, était normale.

Pansements à l'alcool, et guérison rapide de la plaie.

Un mois après, la paralysie disparaissait et l'articulation des mots était aisée.

Quelques mois plus tard, à la suite d'une aggravation, M. Le Dentu soumit le malade à l'iodure de potassium à hautes doses et aux frictions mercurielles, et depuis cette époque la santé est excellente.

M. Perrin croit que, dans ce cas, la trépanation a eu une influence très favorable sur la marche de l'affection, car, dès ce moment, la médication

Digitized by Google

antisyphilitique a donné des résultats rapides, et le cerveau a pu réagir convenablement. P. HAMONIC.

III. — Cette observation, recueillie dans le service de M. Vulpian, se rapporte à un homme de 33 ans, syphilitique depuis quelques années. Tout à coup il fut pris d'attaques épileptiformes avec céphalalgie intense, et, malgré un traitement actif (bromure et iodure de potassium), il ne tarda pas à succomber.

A l'autopsie on trouva un épanchement sanguin situé dans la pie-mère et dans la cavité arachnoïdienne, au niveau de la protubérance et du bulbe.

Plusieurs autres épanchements sanguins sous-arachnoïdiens existaient au niveau de l'hexagone de Willis et des scissures de Sylvius. Le sang épanché était manifestement extra-cérébral, et siégeait uniquement dans les méninges. Par places, les caillots sanguins formaient une sorte de manchon aux vaisseaux qu'ils entouraient.

L'épanchement sanguin péribulbaire se prolongeait dans le rachis, dans le tiers supérieur de la région cervicale.

M. Babinski interprète ainsi les accidents et les lésions observés chez son malade.

Trois ans après le début de la syphilis le malade est pris d'attaques épileptiformes. Il meurt à la troisième, par le seul fait d'une hémorrhagie méningée. La mort est due vraisemblablement à une compression du bulbe par l'épanchement sanguin.

La syphilis peut seule être incriminée relativement à l'étiologie de l'épilepsie. Cette épilepsie n'était, en effet, ni essentielle (le sujet était trop âgé, et n'avait aucun antécédent), ni symptomatique (puisque l'autopsie ne révélait aucune lésion appréciable de la substance nerveuse). Peut-être la syphilis avait-elle réveillé chez le malade une prédisposition latente.

L'hémorrhagie méningée n'a été pour rien dans la production des accès épileptiformes. Elle s'est produite subitement et a amené du même coup la mort du malade.

L'examen du cerveau prouve que l'hémorrhagie a eu pour point de départ les vaisseaux de la pie-mère. La multiplicité des foyers hémorrhagiques (lesquels sont contemporains) conduit à penser que leur cause efficiente est une distension subite de l'appareil circulatoire cérébro-spinal, ayant amené des déchirures multiples. Cette idée est en rapport avec ce que l'on sait sur les congestions et hémorrhagies qu'on observe chez les épileptiques. Et peut-être les parésies ou les paralysies qu'on observe parfois à la suite d'attaques épileptiques reconnaissent-elles cette pathogénie ?

Dans le cas actuel, les phénomènes paraissent s'être succédés de la façon suivante : la syphilis a produit directement l'épilepsie, ou l'a réveillée alors qu'elle était à l'état latent; et cette névrose, par suite d'une

Digitized by Google

violente congestion cérébro-spinale suivie de rupture vasculaire lors d'une attaque, s'est compliquée d'hémorrhagie méningée. La mort a été le résultat de la compression du bulbe par le fait de l'épanchement sanguin.

P. HAMONIC.

IV. — Au nom de M. Desplats (de Lille), M. Rendu communique l'observation d'un malade âgé de 54 ans, et syphilitique depuis 34 ans.

Quoique le traitement spécifique ait été insuffisant au début, le sujet paraissait guéri, lorsque, vingt ans après l'apparition du chancre, le malade vit sa vue faiblir, et fut pris d'étourdissements et de vertiges.

Depuis cinq ans le sujet était manifestement tabétique (anesthésie plantaire, perte de la notion de la situation des membres, anesthésie partielle des membres supérieurs, suppression des réflexes tendineux, incoordination).

Le malade fut soumis au sirop de Gibert et aux frictions mercurielles. Cinq jours suffirent pour amener de l'amélioration, et au bout de trois mois la guérison était complète.

P. HAMONIC.

V. — M. Debove a émis récemment l'opinion que les lésions scléreuses qui existent déjà dans la moelle au moment des douleurs fulgurantes, c'est-à-dire au début de l'ataxie locomotrice, ne permettent pas d'espérer la curabilité de cette affection.

En réponse à M. Debove, M. Desnos affirme qu'il existe des cas où les lésions des cordons postérieurs de la moelle sont réparables. Dans un cas d'ataxie locomotrice bien caractérisé, l'examen direct de la moelle fait par M. Cadiat ne lui a révélé que de la congestion.

Voici une preuve clinique incontestable du même fait : un homme de 24 ans, syphilitique depuis plusieurs années, et fatigué par des excès vénériens, entrait à la Charité avec des douleurs fulgurantes et constrictives des mollets, de l'incoordination des mouvements. Il présentait aussi le signe de Romberg. La sensibilité cutanée était intacte. M. Desnos, après avoir porté le diagnostic d'ataxie syphilitique, ordonne à son malade des pilules de proto-iodure (5 centigrammes), 4 à 5 grammes d'iodure de potassium et 4 grammes de bromure de potassium par jour.

Cette médication, plusieurs fois interrompue à cause d'accidents gastro-intestinaux, amena en cinq semaines une amélioration considérable.

Actuellement le malade peut être regardé comme guéri. Qu'arrivera-t-il ? C'est ce que l'avenir apprendra. Mais, dès maintenant, la disparition des phénomènes morbides ne peut s'expliquer que par des lésions simplement congestives et peu profondes des cordons postérieurs de la moelle.

P. HAMONIC.

Digitized by Google

BIBLIOGRAPHIE.

DERMATOLOGIA PROPEDEUTICA OSSIA AVVIAMENTO ALLA STUDIO DELLE MALATTIE CUTANEE (DERMATOLOGIE ÉLÉMENTAIRE OU INTRODUCTION A L'ÉTUDE DES MALADIES CUTANÉES) par DOMENICO BARDUZZI (de Pise), petit in-8° de 200 pages avec figures. Milano, Vallardi, 1882.

Cet ouvrage fait partie d'une série que publie actuellement la librairie Vallardi, et qui rappelle beaucoup la collection diamant de nos éditeurs français. C'est dire que le lecteur y trouvera sous une forme typographique élégante et résumée avec une grande clarté les connaissances indispensables à l'étude de la dermatologie. L'anatomie et la physiologie de la peau, l'embryologie de ce tissu, remplissent le quart du livre et sont bien mises en lumière par d'excellentes figures histologiques. Puis vient la dermatologie proprement dite divisée en quatre sections : pathologie générale et anatomie pathologique, étiologie générale, symptomatloogie générale, diagnostic et thérapie.

Un tel ouvrage ne se prête pas à une analyse détaillée, et, d'autre part, l'auteur est assez connu pour que nous soyons au courant de ses opinions sur les principaux problèmes qui passionnent actuellement la dermatologie. Aussi sommes-nous peu étonnés de le voir combattre les écoles allemande et américaine sur le terrain des diathèses dont il se fait le défenseur.

La thérapeutique tient une large place dans cet ouvrage. Signalons les opinions de l'auteur sur le phosphore et le cuivre, qu'il a récemment tenté de remettre en honneur. Administré avec précaution, le phosphore peut être très utile, spécialement dans les dermatoses, où domine l'état d'atonie des fonctions assimilatrices ; c'est au phosphure de zinc que Barduzzi donne la préférence. Quant au cuivre, son emploi avait jusqu'à présent présenté quelques inconvénients quand on s'en tenait au sulfate de cuivre, mais on n'a qu'à se louer du métal réduit en poudre impalpable et administré en nature. C'est chez les pellagreux et les cachectiques que son administration semble particulièrement indiquée.

Un recueil de formules choisies termine cet excellent petit volume.

Au cours de la préface l'auteur a exprimé le vœu que les écoles de son pays qui ont toujours su conserver la véritable méthode expérimentale, se réunissent, enfin, en une grande école nationale, qui, fidèle gardienne des traditions utiles, démontrât que nos voisins, à l'écart des théories et des systèmes préconisés, savent étudier et travailler. Il nous semble, quant à nous, que la preuve est faite depuis longtemps.

JULLIEN.

LE GÉRANT : G. MASSON.

Société d'imprimerie PAUL DUPONT. Paris, 41, rue J.-J.-Rousseau (Cl.) 72.11.83.

Digitized by Google

TRAVAUX ORIGINAUX

MÉMOIRES

I.

DE L'ÉRYTHRASMA (MICROSPORON MINUTISSIMUM).

Par F. BALZER, médecin des hôpitaux.

L'érythrasma est une affection parasitaire de la peau : c'est un *érythème* plus ou moins accusé qui occupe ordinairement la région inguino-cruro-scrotale, susceptible de se généraliser, s'accompagnant d'un certain degré d'épaississement de l'épiderme qui s'exfolie en très petites squames, et produit par la présence dans la couche cornée de l'épiderme d'un champignon dont les éléments sont d'une petitesse extrême, le *microsporon minutissimum*. En un mot, l'érythrasma est une épidermophytie.

L'érythrasma a été décrit d'abord par Burchardt (1859) et par Von Bärensprung (1862), qui, frappés tous deux des dimensions exiguës de son parasite, donnèrent à celui-ci le nom de *microsporon minutissimum*.

Les dermatologistes de France semblaient ignorer complètement, on peut le dire, l'existence de ce parasite, lorsqu'en 1879, M. E. Besnier attira notre attention sur l'érythrasma dans son service de l'hôpital Saint-Louis. Convaincu de la nature parasitaire du cas qui se présentait et malgré quelques recherches infructueuses, M. Besnier insista pour qu'un examen très rigoureux en fût fait. Nous parvînmes, après plusieurs essais avec la solution de potasse à 40 0/0, à déterminer l'existence d'un parasite dont les éléments extrêmement fins nous étonnèrent beaucoup. Nous croyions de bonne foi avoir trouvé un nouveau dermatophyte auquel nous donnions avec empressement le nom de *microsporon gracile*, lorsque nous prîmes connaissance des travaux de Burchardt, de Barensprung et peu après, de ceux de Köbner, qui nous apprirent que nous n'avions vu qu'un parasite non vulgarisé, mais nettement décrit.

Il n'est que trop juste toutefois de faire observer que la France, sur ce point, n'a pas été seule à rester en arrière. Il n'est question, en effet, du *microsporon minutissimum*, ni dans les auteurs anglais, ni dans les auteurs italiens. Bien plus, les dermatologistes allemands, malgré les

Digitized by Google

travaux cités, n'ont pas jusqu'ici développé et confirmé les premières recherches de Burchardt et de Bärensprung. Nous n'en citerons pas de meilleure preuve que l'assertion de Kaposi lorsqu'il écrit que « *l'érythrasma de Bärensprung et l'eczéma marginé de Hebra sont identiques entre eux et avec l'herpès tonsurant* ». Il est évident pour nous que l'illustre médecin viennois n'a dû observer que des cas mixtes dans lesquels il devait y avoir coïncidence de plusieurs parasites. Dans la note qui se rattache à ce passage de la traduction française du livre de Kaposi (t. II, p. 446 et 447), M. E. Besnier repousse cette manière de voir en rapportant brièvement le fait récemment observé dans son service.

Depuis cette époque, nous avons observé personnellement trois autres cas d'érythrasma localisés seulement dans la région fémoro-scrotale.

Nous avons rencontré les deux premiers chez deux vieillards qui portaient cette éruption depuis un temps indéfini. Le troisième a été observé en ville sur un jeune homme, chez lequel l'érythème et la démangeaison étaient un peu plus intenses. La maladie n'est pas très rare.

M. E. Besnier a eu également l'occasion d'en voir un assez grand nombre de cas, parmi lesquels il faut citer spécialement cette année la récidive après guérison complète du premier cas observé en 1879. Nous sommes donc en mesure de pouvoir fournir sur l'érythrasma des notions basées sur un certain ensemble de faits observés avec soin.

Description.

L'érythrasma *siège de préférence dans la région inguino-cruro-scrotale :* c'est là sa localisation unique dans le plus grand nombre des cas. Son étendue dans cette région est variable : elle peut se borner assez exactement aux points en contact avec le scrotum, ou bien déborder de divers côtés sur la cuisse, la fesse, la paroi abdominale. Il peut aussi se rencontrer dans toutes les régions du corps, plus spécialement peut-être dans les plis, aisselles, plis du coude, et aussi sur les flancs, au cou, sur les épaules et sur les membres (cas de M. Besnier). Nous ne l'avons jamais vu sur les parties découvertes.

Il se présente sous forme de *plaques* irrégulières et quelquefois de disques plus ou moins arrondis, d'après l'observation de M. E. Besnier. Ses contours sont habituellement diffus et quelquefois limités d'une manière très précise par un soulèvement de l'épiderme ; à ce niveau, le doigt sent une arête parfois nettement prononcée. Du reste, par suite de la perte de la transparence de l'épiderme, ces plaques offrent souvent un aspect terne, mat, rugueux. Le doigt perçoit facilement que l'épiderme épaissi et sec a perdu sa finesse et son poli habituels.

Digitized by Google

La *coloration* des plaques est variable : 1° le plus souvent elles ont une couleur brunâtre ou jaunâtre rappelant un peu l'aspect de la crasse. Il est à noter que dans la grande majorité des cas, cette coloration est *uniforme* dans toute l'étendue de la plaque, souvent plus accusée à la périphérie qu'au centre. Elle s'observe surtout dans les cas d'érythrasma très anciens, qui finissent par se compliquer d'un certain degré de *pigmentation;* 2° les plaques sont assez fréquemment *érythémateuses;* cette coloration rouge tient à une véritable irritation du derme. Elle doit exister toujours à un certain degré, mais elle est le plus souvent masquée par les couches épidermiques soulevées et épaissies par le parasite. Il faut ajouter que l'érythrasma siégeant ordinairement dans la région fémoro-scrotale, la rougeur peut être provoquée par la sudation habituelle à cette région.

Les *dimensions* des plaques d'érythrasma sont très variables. Comme les malades les portent pendant longtemps sans s'en apercevoir ou plutôt sans s'en préoccuper, elles sont ordinairement très étendues, lorsqu'ils viennent les montrer au médecin. Elles varient ainsi depuis quelques centimètres carrés jusqu'à un, deux, trois décimètres carrés ou même davantage, lorsqu'elles deviennent confluentes.

Si, par sa coloration, l'érythrasma rappelle un peu le pityriasis versicolor, il en diffère tout particulièrement par ce caractère, qu'il diminue peu l'adhérence de la couche cornée. Il s'accompagne d'une desquamation furfuracée presque insignifiante, et si l'on tente le *grattage* avec l'ongle ou même avec une curette, on éprouve une certaine difficulté à détacher l'épiderme qu'on ne recueille qu'en petits lambeaux très ténus, pulvérulents.

Le *prurit* est presque nul, et c'est encore là une circonstance qui explique la négligence des malades. Ceux-ci ne viennent se montrer qu'à la période d'état; ils ne peuvent dire ni quand ni comment l'éruption a débuté. Ils s'étaient aperçus qu'ils avaient là une rougeur avec quelques démangeaisons, mais ils ne s'en étaient pas autrement occupés.

Cette indifférence des malades a été remarquée par M. E. Besnier dans presque tous les cas d'érythrasma fémoro-scrotal. Quelques-uns d'entre eux qui étaient venus le consulter pour tout autre chose, consentaient à peine à laisser examiner l'éruption. « Ceci n'est rien, disaient-ils, je l'ai « toujours vu, et je n'ai jamais été incommodé. » Ils n'y attachaient pas plus d'importance qu'à une irritation cutanée insignifiante ou à une tache pigmentaire dont l'origine leur est absolument inconnue.

Chez le plus grand nombre d'entre eux, en effet, l'érythrasma reste *indéfiniment stationnaire* et ne quitte pas la région inguino-scrotale. Chez d'autres, probablement à la suite d'inoculations résultant des vêtements ou du grattage, l'érythrasma apparaît dans d'autres points et peut

Digitized by Google

ainsi prendre une extension considérable en se propageant ensuite de proche en proche. C'est là l'exception, on peut le dire; habituellement l'érythrasma, après avoir acquis un certain développement, reste à l'état stationnaire. Dans ces conditions, *sa durée est indéfinie* avec des alternatives d'augmentation et de décroissance.

Histologie.

L'examen du microsporon minutissimum peut se faire suivant les méthodes que nous employons au laboratoire de la clinique de Saint-Louis et que nous rapporterons ici brièvement :

1° Examen dans la potasse à 40 0/0 après macération dans l'éther ou l'alcool des squames recueillies par le grattage. Cette macération peut être suivie ou non de la coloration par l'éosine. Ce procédé donne d'excellents résultats, il permet de voir vite et facilement les éléments du microsporon minutissimum. Malheureusement les préparations se conservent mal; la potasse, continuant son action dissolvante sur les cellules épidermiques, les réduit en granulations qu'il est difficile de distinguer des spores du microsporon minutissimum. Ce procédé convient donc surtout pour les recherches cliniques.

2° Après macération dans l'éther, coloration des squames pendant quelques heures dans l'éosine ou le bleu de quinoléine dissous dans l'alcool absolu, puis dissociation rapide et montage dans le baume de Canada dissous dans une grande quantité de chloroforme.

On peut aussi monter dans la glycérine après coloration par l'éosine, le bleu de quinoléine ou les couleurs d'aniline.

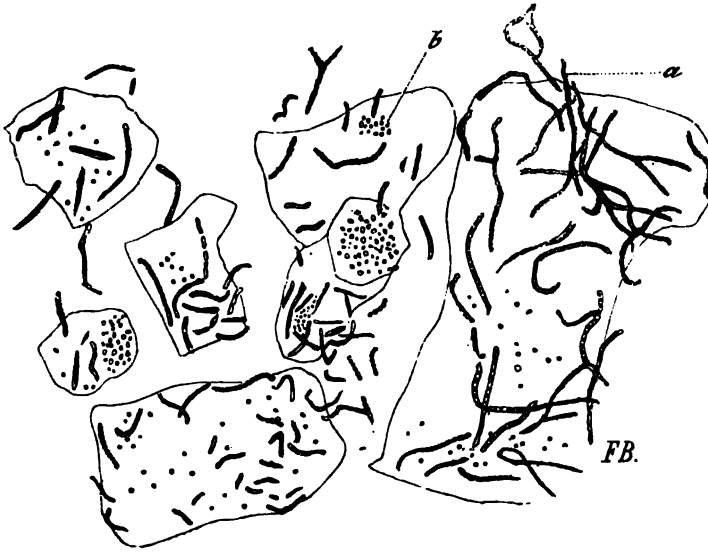
Ce procédé donne des préparations persistantes et suffisantes pour l'examen, mais on ne peut nier que les résultats soient inférieurs à ceux qu'il fournit pour les grands dermatophytes. Le microsporon minutissimum ne nous a pas paru avoir une grande affinité pour les couleurs que nous avons employées; il s'en imprègne assez facilement, mais il les retient mal.

Lorsqu'on examine ces diverses préparations, le champignon se voit avec une certaine difficulté, surtout s'il s'agit d'une première observation. Dans les points les plus favorables à l'examen, on distingue souvent les éléments du champignon disposés d'une manière qui rappelle le microsporon furfur, c'est-à-dire qu'on voit des agglomérations de spores formant des groupes isolés, autour desquels les tubes serpentent entre les cellules épithéliales. Ce qui frappe aussi tout d'abord, c'est la grande abondance habituelle du parasite. Les tubes forment des réseaux serrés qui enveloppent pour ainsi dire chaque cellule épithéliale et qui s'enchevêtrent irrégulièrement dans toutes les directions.

Digitized by Google

Les *spores* sont très petites, rondes ou un peu elliptiques, formées d'une substance protoplasmique qui constitue un *noyau* ponctiforme et d'une *enveloppe cellulosique* homogène et transparente. Ces caractères des spores sont en somme assez peu spéciaux et il est évident que sans la présence des tubes, on les confondrait facilement avec les micrococcus qui se trouvent toujours à la surface de la peau.

Les *tubes* sont ordinairement irréguliers, noueux, serpentins; recourbés en S, en U, etc., ils contournent les cellules épithéliales de la couche cornée. Ils sont assez souvent ramifiés, ce qui se voit aisément lorsqu'on dissocie la préparation de manière à les mettre en liberté dans le liquide. Ce qui est caractéristique, c'est leur extrême finesse, leur gracilité qui leur a valu le nom de microsporon minutissimum. Comme dimensions, ils peuvent être très justement comparés aux tubes du leptothrix buccalis. Comme ceux-ci, d'ailleurs, ils sont formés *d'articles placés bout à bout* et ordinairement assez courts.



Préparation : Éther, éosine à l'alcool, et baume de Canada au chloroforme — *a*) Mycélium : tubes pleins et tubes sporifères. — *b*) Sporules. (oc. 1, obj. 8. Vérick) (1).

Malgré cette gracilité remarquable du mycélium, les tubes sont constitués régulièrement comme ceux des grands parasites de la peau, du

(1) Cette figure ne donne qu'une idée imparfaite de l'abondance du M. minutissimum : nous avons choisi les plaques épithéliales les moins chargées, pour ne pas avoir un dessein trop compliqué.

Digitized by Google

microsporon furfur ou du tricophyton. On trouve donc : 1° des *tubes pleins* constitués par une paroi mince et homogène et un contenu protoplasmique continu ; 2° des *tubes sporifères*, dans lesquels cette substance protoplasmique est segmentée en noyaux ; 3° des *petites chaînes de sporules*, plus rares et plus difficiles à observer que dans les gros champignons de la peau.

Ces divers éléments ne se trouvent que dans la couche cornée de l'épiderme : on ne les rencontre plus dans le corps de Malpighi. Mais, ainsi que nous l'avons dit, il est remarquable de voir que le parasite diminue peu la cohésion de la couche cornée. Celle-ci qui est gonflée, dissociée et facile à détacher dans le pityriasis versicolor, est beaucoup moins désagrégée dans l'erythrasma : elle ne se détache que par pellicules et non par lambeaux comme dans le pityriasis versicolor.

Les tubes, en effet, s'introduisent entre les cellules sans détruire toutes leurs connexions, n'étant pas plus épais que le corps même de la cellule. Lorsque les dissociations ne sont pas complétées, de manière à laisser librement les tubes nager dans le liquide, ils sont facilement confondus avec les bords des cellules cornées qui simulent souvent à s'y méprendre, comme on le sait, les tubes mycéliens.

Pas de rapports spéciaux avec les poils ; ceux-ci ne sont jamais envahis, quelle que soient l'intensité et l'ancienneté de la végétation parasitaire. Quelquefois lorsqu'ils sont éraillés, les tubes s'attachent en touffes aux écailles de leur épidermicule, mais la pénétration ne va pas plus loin.

Cette description est en résumé celle que l'on donne pour le microsporon furfur ; mais il y a ici un caractère distinctif capital qui suffit à lui seul pour spécialiser le microsporon que nous étudions, c'est la *gracilité extrême et constante de tous ses éléments*. Le microsporon furfur offre parfois aussi cette finesse, mais c'est toujours exceptionnellement et *seulement sur quelques éléments isolés*. Cette seule considération, indépendamment de beaucoup d'autres que nous croyons oiseux de développer, suffit pour ruiner l'opinion de ceux qui pourraient penser, en examinant les préparations, que le microsporon minutissimum, n'est qu'un tricophyton ou un microsporon furfur flétri et atrophié.

Ce parasite nous paraît devoir être classé en botanique à côté du microsporon furfur dont il se rapproche par tant de caractères. Il appartiendrait donc à la classe des *Schizomycètes*, au genre *Oïdiée* dans lequel se retrouvent aussi l'achorion et le tricophyton à côté du penicillium et de l'aspergillus.

Digitized by Google

Diagnostic.

Dans certains cas types, le diagnostic est peut-être possible par les seuls symptômes objectifs : placards irréguliers, à contours géographiques peu surélevés, mais nettement arrêtés, offrant une coloration rouge, grisâtre ou jaunâtre, une surface mate, terne, un peu rugueuse d'aspect, peu squameuse, peu prurigineuse, non suintante....., et ordinairement de *date très ancienne*.

Tous ces caractères, *lorsqu'on a déjà vu d'autres cas*, peuvent, disons-nous, conduire au diagnostic, mais au diagnostic seulement probable : pour obtenir la certitude, le *microscope est indispensable*.

Deux variétés de cas douteux peuvent s'observer.

1° *L'érythrasma siège exclusivement à la région inguino-scrotale.* — Dans certains cas, l'examen histologique tranchera la question de savoir si l'on se trouve en présence d'un simple *intertrigo* : le microscope montre alors l'absence de tout parasite caractérisé.

Dans d'autres cas, au contraire, on trouve le tricophyton ou le microsporon furfur. Ce dernier parasite est le plus rare dans la région inguino-scrotale. On l'y trouve cependant, mais nous n'avons pas besoin de dire que son diagnostic est ordinairement facile aussi bien par l'examen histologique que par l'examen clinique.

Ajoutons cependant que nous avons vu dans un cas le microsporon furfur coexister sur le même malade avec le microsporon minutissimum.

L'*érythème tricophytique* de la région inguino-crurale se reconnaît facilement lorsqu'il affecte la forme circinée ; sinon, comme pour le pityriasis versicolor, on ne peut avoir que des présomptions. Cet érythème, cependant, est beaucoup plus rouge que l'érythrasma, plus squameux, plus prurigineux et ses contours sont moins nettement arrêtés. A simple vue, on ne le confondra pas avec l'érythrasma. Mais, pour arriver à le reconnaître lui-même sûrement, il est toujours nécessaire de recourir à l'examen microscopique.

En résumé, lorsqu'on se trouve en présence d'une éruption de la région inguino-crurale présumée parasitaire, c'est toujours l'examen histologique qui, en dernière analyse, fera savoir s'il s'agit d'un tricophyton, d'un microsporon furfur ou d'un microsporon minutissimum.

2° *L'érythrasma siège dans divers points du corps.* — Nous ne nous attarderons pas à comparer l'érythrasma avec les diverses *dyschromies cutanées* qui le rappellent de plus ou moins loin. En réalité, dans ces circonstances, le diagnostic n'a guère à compter qu'avec les *placards disséminés d'eczéma* circonscrits et assez anciens pour s'accompagner de

Digitized by Google

pigmentation. Le doute, ici, comme dans le premier cas, ne peut être levé que par l'examen histologique.

Pronostic.

L'érythrasma n'a aucune gravité et souvent les malades le conservent pendant plusieurs années sans s'en tourmenter, quelquefois sans le savoir. Ils l'attribuent fréquemment au frottement du pantalon. Mais dans quelques cas, le prurit devient plus vif, l'érythrasma se propage et se montre dans plusieurs endroits; les malades sont forcés de se préoccuper de cet état.

Le microsporon minutissimum est beaucoup plus tenace, plus résistant que le microsporon furfur. Celui-ci désagrège l'épiderme et favorise ainsi naturellement une desquamation salutaire. Il n'en est pas de même pour le microsporon minutissimum ; aussi le traitement doit-il être plus énergique et surtout prolongé plus longtemps.

Des examens microscopiques réitérés sont nécessaires dans le cours du traitement, et malgré toutes ces précautions, la guérison n'est parfois qu'apparente : le malade est blanchi et non guéri. Au bout d'un certain temps, l'érythrasma *récidive*.

Traitement.

La médication se propose d'obtenir l'ablation mécanique ou la destruction du parasite.

On sait combien ce dernier but est difficile à atteindre : les champignons cutanés résistent facilement aux agents destructeurs les plus énergiques. Lorsque ceux-ci semblent agir, c'est plutôt en provoquant l'exfoliation épidermique qu'en détruisant réellement le parasite. La teinture d'iode, le nitrate d'argent, l'acide pyrogallique, etc... peuvent être employés avec succès contre le microsporon minutissimum.

Mais à ces moyens de destruction, il est bon d'ajoindre le savon appliqué vigoureusement à la surface de la peau, il provoque rapidement une desquamation abondante qui emporte la plus grande partie de la végétation parasitaire.

Le traitement doit être continué pendant longtemps : un mois, quelquefois deux mois ne sont pas de trop. Il est nécessaire de ne pas cesser les frictions savonneuses trop brusquement, si l'on ne veut pas s'exposer à des récidives certaines.

Digitized by Google

II

SUR LES DERMATOFIBROMES CONGÉNITAUX GÉNÉRALISÉS

Par **X. ARNOZAN**, agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux
et **L. PRIOLEAU**, ancien interne des hôpitaux de Bordeaux.

Notre excellent maître, Ernest Besnier, a publié en 1880 une observation importante de dermatofibrome (1); le fait suivant que nous avons pu étudier avec quelques détails, doit être rapproché du précédent. On y trouvera, nous l'espérons, une contribution utile à l'histoire des dermatomes, dont les *Annales de dermatologie* s'attachent à réunir les matériaux.

I

Jeanne Julien, domestique, âgée de 32 ans, entrée à l'hôpital Saint-André (salle 7), Service de M. le professeur Pitres, pour une légère bronchite qui guérit en peu de jours, porte sur différents points du corps un grand nombre de tumeurs cutanées.

Antécédents héréditaires. — Le père et la mère encore vivants et en bonne santé n'ont présenté ni l'un ni l'autre de tumeurs ou de lésions analogues à celles de leur fille, mais une sœur de la malade porte des tumeurs tout à fait semblables, au point de vue de leur forme et de leur distribution. Il n'y a pas eu d'autres enfants dans la famille.

Antécédents personnels. — La malade, aussi loin que peuvent remonter ses souvenirs, c'est-à-dire jusqu'à l'âge de 5 ou 6 ans, se rappelle avoir possédé ses tumeurs ; et ses parents lui ont affirmé constamment qu'elle les avait dès sa naissance. Dans les premiers temps de la vie, elles étaient plus petites qu'elles ne le sont aujourd'hui ; celles de la région cervico-thoracique, qui sont aujourd'hui longues de 12 centimètres et pendent au devant de la poitrine, n'avaient à l'âge de 5 ans que 4 ou 5 centimètres à peine, et à 17 ans ne dépassaient pas la longueur de l'index. A 18 ans, la malade ayant reçu, sur le cou, un coup de bâton, au niveau même des plus volumineuses tumeurs, une de celles-ci prit dans l'espace de six mois un développement considérable, devint grosse comme le poing et fut enlevée par le professeur Denucé. La guérison de la plaie opératoire fut très rapide. M. le Dr Demons, qui vit la malade à cette époque, examina macroscopiquement la tumeur, qui lui parut être un sarcome fasciculé.

Depuis cette époque, la malade n'a pas présenté de nouvel accident relatif à ses tumeurs. Celles-ci augmentent toujours, lentement; leur croissance est plus apparente à la région cervicale, où elles ont toujours été le plus volu-

(1) E. Besnier. Études nouvelles de dermatologie. Les tumeurs de la peau (les dermatofibromes ou innomes cutanés), etc. *Annales de Dermatologie*, etc. 2e série, t. I, 1880, p. 206.

Digitized by Google

mineuses que sur le reste du corps. Il n'y a jamais eu, au niveau de l'une d'entre elles ni douleur, ni phlegmon, ni abcès. Enfin la malade insiste sur ce fait qu'elle n'a jamais vu apparaître de nouvelles tumeurs, et que toutes celles qu'elle porte datent de sa naissance.

La santé générale a toujours été bonne; il n'y a pas eu d'autre maladie qu'une fièvre typhoïde, dont la guérison a été complète, à l'âge de 12 ans.

Etat actuel. — La malade est de taille moyenne, d'une constitution délicate, d'un teint pâle. Elle n'est atteinte d'aucune malformation congénitale, telles que bec-de-lièvre, pied bot, spina-bifida, etc. Toutes les fonctions s'accomplissent régulièrement.

Topographie des lésions. — Les tumeurs, confluentes à la région cervicale droite, forment en ce point une masse volumineuse dont l'implantatation occupe une zone de 2 à 3 centimètres de large, obliquement étendue du lobule

Fig. 1. — Jeanne J. — Le dessin a été pris en même temps que l'observation ci-jointe.

de l'oreille à la base du cou et à la partie moyenne du creux sous-claviculaire du même côté. De cette surface d'insertion, relativement étroite, nais-

Digitized by Google

sent des tumeurs molles, longues, flasques, pendantes qui recouvrent presque tout le côté droit du cou et le haut de la poitrine (voir fig. n° 1), et dont la description sera faite plus bas.

En s'éloignant de cette masse, qui constitue comme le centre de la lésion, qui est le point où elle atteint son maximum de développement, on ne trouve plus qu'un semis irrégulier de petites tumeurs, dont le nombre, sinon le volume, décroît à mesure qu'on s'éloigne du côté droit du cou. C'est ainsi que ce semis, très abondant sur la face antérieure du thorax et en particulier sur l'aréole du sein gauche, abondant encore dans la région dorsale où l'on constate même quatre ou cinq tumeurs assez volumineuses, de la grosseur environ d'une noisette, devient beaucoup plus rare sur l'abdomen. Dans une autre direction, ces petites tumeurs, encore très nombreuses, à la partie inférieure de la face, le sont beaucoup moins à la partie supérieure et manquent sur le cuir chevelu où l'examen est d'autant plus facile qu'il est resté très pauvre en cheveux depuis la fièvre typhoïde.

Quant aux membres, les bras, les avant-bras, les cuisses et les jambes présentent quelques tumeurs, mais en très petit nombre. Il n'est pas noté de différence, au point de vue de la distribution, entre les régions de l'extension et celles de la flexion ; et si les creux axillaires, presque glabres, ne portent pas une seule tumeur, on en rencontre une dans le sillon interfessier. Les régions rotuliennes sont indemnes. Les cicatrices vaccinales sont normales et ne sont le siège d'aucune tumeur.

En même temps que ces tumeurs, on constate que la surface de la peau est parsemée de taches pigmentaires, dont l'abondance est à peu près en rapport avec celle des tumeurs, mais que l'on retrouve pourtant dans des régions respectées par ces dernières, en particulier sur la face dorsale des mains.

Taches pigmentaires. — Elles sont de deux espèces. Les unes très petites, simples macules miliaires, de couleur brune, ont l'aspect vulgaire des éphélides, sauf que leurs contours manquent de netteté et se perdent par nuances ménagées dans la peau saine environnante. Les autres, moins nombreuses, sont légèrement bleuâtres et correspondent, à l'œil nu, à de petites élevures convexes. Ces saillies, faciles à distinguer, quand on regarde obliquement la peau, sont si molles qu'elles se dépriment complètement sous la moindre pression et que le doigt promené légèrement à la surface du corps les rencontre et les efface sans que l'observateur en ait conscience, s'il ne les regarde pas en même temps. Quant à la coloration bleuâtre, elle ne disparaît pas à la pression, pas plus que la teinte brune des premières taches et elle n'est pas due, par conséquent, à de la congestion sanguine de la peau.

Petites tumeurs. — Leur volume, très variable, depuis la grosseur d'un grain de mil jusqu'à celle d'une noisette, est en général très faible. Les unes sont sessiles, les autres pédiculées ; on trouve tous les intermédiaires, depuis la simple tache pigmentaire, un peu surélevée, jusqu'à la petite tumeur franchement pédiculée, répondant au type du *molluscum pendulum*. C'est ce dernier aspect qu'elles présentent le plus généralement ; la petite masse, très molle, flasque, ridée, reste pendante en tiraillant légèrement son pédicule et semble une mince poche de caoutchouc légèrement dégonflée.

La peau qui les revêt se fait remarquer par sa teinte brune, au milieu de la couleur pâle générale du tégument. La sensibilité à la piqûre est normale à leur niveau aussi bien que sur les taches pigmentaires. Il n'y a ni anesthé-

Digitized by Google

sie, ni hyperesthésie, ni douleurs spontanées. Les explorations relatives à l'état des secrétions et de la circulation qu'on a pu poursuivre sur les grosses tumeurs n'ont malheureusement pas été faites pour les petites.

Grosses tumeurs. — C'est dans la région cervico-thoracique que les tumeurs atteignent leur plus grand volume. Une surface étroite de 2 à 3 centimètres à peine, mais obliquement étendue sur tout le côté droit du cou forme leur base d'implantation. Les tumeurs qui s'y insèrent au nombre de 6 ou 7 se confondent entre elles à leur origine de telle façon qu'elles ne semblent constituer chacune que le lobe d'une tumeur volumineuse ou former par leur ensemble le sommet multifide d'une gigantesque papille. Sur plusieurs points elles sont confondues par leurs bords et ne deviennent libres qu'à leurs extrémités. C'est au centre de cette masse originelle commune, que l'on peut, en écartant deux tumeurs, apercevoir presque immédiatement au-dessous de l'oreille, la cicatrice de l'opération pratiquée, en 1868, par le professeur Denucé. Cette cicatrice, vieille aujourd'hui de quinze ans, est régulière, linéaire, blanche, tout à fait normale, sans la moindre hypertrophie. Elle n'est le siège d'aucune douleur.

Considérées individuellement, ces tumeurs ont des formes diverses : les unes assez régulièrement demi-circulaires et dentelées sur leurs bords, les autres quadrilatères, une dernière mince et allongée comme une langue de veau. Mais même au point de vue de la forme, elles ont un caractère commun, c'est d'être minces et aplaties. Leur épaisseur est de 1 à 1 1/2 centimètre, tandis que la longueur peut atteindre 6, 8 et même 12 centimètres. En raison de leur forme, en raison aussi de leur consistance molle elles pendent librement soit les unes au devant des autres, soit au devant des parties saines, du sein gauche en particulier.

Leur couleur est rosée ; la peau qui les recouvre, lisse, sans que cependant on puisse comparer leur aspect à celui d'une muqueuse. Leur surface, sèche, dépourvue de tout suintement, présente de petits sillons superficiels semblables à ceux de l'épiderme normal et en outre quelques plis un peu plus profonds ; elle est parsemée de petits grains blanchâtres semblables en apparence à ceux que l'on rencontre fréquemment sur les paupières et sur le scrotum. Il n'y a pas de desquamation ; à l'œil nu ni à la loupe, on ne découvre ni poils ni poils follets.

Les sécrétions normales de la peau paraissent faire défaut à la surface de ces tumeurs. La malade affirme qu'elle sue *très rarement* (?) au niveau de ses tumeurs; mais elle est peu observatrice, et on ne peut ajouter qu'une foi médiocre aux renseignements qu'elle donne sur ce point. Ce qui est certain, c'est que, même à la loupe, on ne peut apercevoir aucun orifice glandulaire sur ces tumeurs et qu'après l'injection hypodermique de 1 centigramme de nitrate de pilocarpine, alors que tout le corps était couvert d'une transpiration modérée, les principales tumeurs bien isolées de la surface de la peau normale n'ont pas présenté trace de sueur. Bien que cette expérience n'ait pu être répétée, il est donc probable que la sueur n'est pas rare en ces points, comme tendrait à le faire admettre le récit du sujet, mais complètement absente.

Au point de vue de la circulation, voici ce que l'on peut noter. En étalant la plus mince des tumeurs et en l'examinant par transparence, on voit qu'elle est translucide et rosée comme les replis interdigitaux. On ne perçoit aucun battement, on ne distingue aucun vaisseau. Sans doute, par transparence, on

Digitized by Google

découvre la présence de cordons rectilignes, plus gros qu'un stylet de trousse, irrégulièrement entrecroisés, que l'on peut retrouver durs et résistants en pressant la tumeur entre deux doigts. Nous n'avons sur leur nature aucune espèce de notion. Cependant, en comprimant la base de la plus longue tumeur, on détermine une congestion veineuse de la portion laissée libre; et, par transparence, la tumeur paraît plus rouge; les cordons, plus volumineux. Par l'application d'un courant faradique, les deux pôles reposant sur la tumeur, on provoque un léger degré d'anémie; elle pâlit un peu. Elle reprend bientôt sa couleur naturelle quand on enlève les électrodes.

La sensibilité présente des troubles assez complexes. Quand on pique avec une épingle une des grosses tumeurs, en un point quelconque de sa surface, la malade rapporte toujours la douleur à la base d'implantation, et cela d'une façon d'autant plus vive que la piqûre est plus voisine de cette base. L'application des courants faradiques n'est pas perçue à l'extrémité libre des tumeurs, elle l'est à leur insertion. Si on applique sur elles un corps froid ou un corps chaud, la malade éprouve une sensation de froid ou de chaud, mais elle ne peut localiser cette sensation et ne sait dire à quel point a eu lieu le contact. Enfin elle n'a pas de *sens intime* lui révélant la position de ces tumeurs; lorsqu'elle a les yeux fermés, elle ne sait la position qu'elles occupent que grâce aux impressions de contact qu'elles produisent sur la peau saine qu'elles recouvrent. Mais, si on les soulève et qu'on supprime ainsi ce contact, alors la malade ignore ce qu'elles sont devenues et on peut les plisser, les plier, les rouler sur elles-mêmes sans que la malade en ait conscience, à la condition, bien entendu, de ne pas toucher la base d'implantation. Enfin il n'y a ni douleurs spontanées, ni sensations de fourmillements ou de châtouillements.

II.

Examen microscopique. — La malade, après de longues instances, se décida à se laisser enlever non pas une des grosses tumeurs, mais une des plus petites, située dans le dos, et pédiculée. Un coup de ciseau courbe constitua toute l'opération; un morceau de diachylon, tout le pansement. La guérison fut prompte et sans accident.

Le petit corps enlevé, traité par l'alcool, la gomme et l'alcool, a été coupé, et les préparations colorées au picro-carmin ou à la purpurine ont été montées dans la glycérine.

A un faible grossissement, on voit la partie centrale de chaque coupe occupée par une masse vivement colorée qui correspond à la tumeur et qu'entoure une zone claire, le derme, doublé lui-même tout à fait à sa partie externe d'une bande fortement colorée, l'épiderme. A un grossissement plus fort (ocul. 1, obj. 7, de Vérick), on distingue très nettement les deux couches normales de l'épiderme : le feuillet corné, mince et rose, s'exfolie en partie; le corps de Malpighi présente ses grosses cellules avec leurs noyaux très apparents : il présente à sa face profonde à peine quelques légères ondulations, au lieu des festons si bien découpés qu'il offre à l'état normal. Cet aspect est dû à l'atrophie de la couche papillaire. Sur aucun point on ne reconnaît une papille vraie; le derme forme une mince bande limitée, comme par deux bords parallèles d'un côté par l'épiderme, de l'autre par la tumeur.

Digitized by Google

L'épaisseur de ce derme est loin d'être partout uniforme; sur certains points il disparaît complètement et la tumeur vient se mettre en contact avec la face profonde de l'épiderme; sur d'autres, il forme, au contraire, une zone très distincte. Mais, alors même, il est bien loin d'atteindre l'épaisseur qu'il doit normalement présenter à la peau du dos, et il est même à peine de 1/10 à 2/10 ou 25/100 de millimètre. Bien qu'il soit difficile de préciser d'une façon rigoureuse la limite entre le derme et la tumeur, ces mensurations expriment une moyenne juste, et montrent bien le degré de l'atrophie des couches profondes de la peau.

Dans ce derme, ainsi aminci, on reconnaît des faisceaux conjonctifs et des cellules, comme à l'état physiologique, mais on ne distingue pas de fibres élastiques. Malgré un examen attentif de nos préparations, nous n'avons pu découvrir cet élément essentiel de la structure de la peau.

La tumeur elle-même semble formée de tissu conjonctif très riche en cellules et en vaisseaux. Les faisceaux conjonctifs s'entrecroisent dans toutes les directions et les vaisseaux leur sont en général parallèles, de telle façon que l'on rencontre sur un point une série de petits vaisseaux coupés parallèlement à leur axe; tandis que, sur un autre, on apercevra plusieurs petits anneaux résultant de la section perpendiculaire d'artérioles et de veinules. Les cellules sont, en général, petites et à noyau relativement petit; elles ne forment pas de véritables amas, mais leur semis est plus serré en certains points. Sur les limites de la tumeur, nous avons pu constater de petits groupes de six ou huit cellules, à protoplasma clair, assez étendu, présentant un noyau central assez petit, et se rapprochant beaucoup plus des cellules épithéliales que des cellules du tissu conjonctif.

C'est encore sur les limites de la tumeur, surtout du côté du pédicule, que l'on aperçoit des vaisseaux à parois embryonnaires, tandis que les vaisseaux de la partie centrale sont, pour la plupart, constitués à l'état adulte.

Nos coupes, bien que peu nombreuses, ont rencontré un follicule pileux, une glande sudoripare, une glande sébacée.

Le follicule pileux, qui plonge en plein dans la tumeur, est très dilaté, tapissé de trois ou quatre couches de cellules épithéliales et contient une substance amorphe, peut-être sébacée, au milieu de laquelle existent quelques débris de poils follets.

La glande sébacée, qui, elle aussi, est entourée par la tumeur, ne nous a pas paru altérée.

La glande sudoripare est située sur les limites de la tumeur; elle est entourée de vaisseaux embryonnaires, la prolifération cellulaire est abondante autour de son glomérule; les cellules épithéliales de celui-ci se superposent en deux couches sur différents points. Nous n'avons pas retrouvé le conduit excréteur.

Nous n'avons rien à dire des lymphatiques ni des nerfs.

En résumé, cette tumeur, qui est, nous le répétons, une des plus petites que porte la malade, paraît être, d'après cet examen, un fibro-sarcome ou plutôt un fibrome dans ses parties centrales avec une zone phériphérique sarcomateuse, représentant sans doute le territoire où se fait l'accroissement. L'atrophie du derme qui coiffe cette tumeur est manifeste; les éléments glandulaires de la peau sont encore peu altérés. En serait-il de même sur les grosses tumeurs? C'est ce qu'il ne nous est malheureusement pas possible de savoir.

Digitized by Google

III.

Nous devons à M. le Dr Demons, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, que nous sommes heureux de pouvoir remercier de son obligeance, d'importants renseignements sur la sœur de notre malade. Cette femme portait depuis sa naissance une pléiade de tumeurs, situées sur le côté droit de la région temporo-mastoïdienne. Elles se développèrent progressivement et atteignirent un tel volume qu'en 1867 la malade demanda à en être débarrassée. A ce moment, elles furent dessinées par M. Demons qui a bien voulu nous permettre de les reproduire (voy. fig. 2). M. le professeur

Fig. 2. — La sœur de Jeanne J. avant l'opération faite en 1867.

Demons en enleva une partie; la plaie guérit rapidement; il n'y a pas eu la moindre récidive, et la malade est restée délivrée de cette pénible infirmité.

L'examen histologique ne fut pas fait. Mais M. Demons, qui les étudia macroscopiquement avec beaucoup de soin, reconnut la structure des névromes plexiformes.

Digitized by Google

IV

L'histoire des fibromes cutanés est encore pleine d'incertitude; leur classification et leur nomenclature changent avec les auteurs. Aussi trouve-t-on dans la littérature dermatologique plusieurs cas analogues au nôtre rangés sous une autre rubrique, tandis que le même nom sert d'étiquette à des observations toutes différentes. Dans ces conditions, nous n'essayerons pas de classer avec précision le fait que nous venons d'exposer; nous nous bornerons à le comparer sous certains points de vue à quelques faits analogues rencontrés dans divers auteurs et à insister sur plusieurs détails.

I. — A l'examen microscopique, la petite tumeur que nous avons enlevée s'est révélée comme tenant à la fois du fibrome et du sarcome. On ne saurait affirmer, sans doute, que toutes les tumeurs de Jeanne J... présentent la même structure : il est même à supposer que celles dont la croissance est arrêtée ou terminée se rapprochent du fibrome pur. Mais en considérant qu'un grand nombre de ces productions sont en voie de développement, il n'est pas téméraire de penser qu'elles participent elles aussi de la nature sarcomateuse. Le fait qu'un aussi grand nombre de tumeurs sarcomateuses en évolution, en pleine activité peut exister sur la surface cutanée sans qu'il paraisse en exister ailleurs et peut se généraliser à tout le tégument sans se généraliser à tout l'organisme n'est pas sans intérêt au point de vue de la pathologie générale (1).

II. — Le point précis où la tumeur enlevée a pris son origine est difficile à déterminer. D'après l'examen histologique, le refoulement des couches superficielles du derme, l'atrophie de la couche papillaire semblent indiquer que le point de départ est dans les couches profondes de la peau (hypoderme). D'autre part, lorsque les tumeurs naissent dans cet étage du tégument, elles ne deviennent pas pediculées, elles ne l'étaient pas notamment dans le cas de M. E. Besnier (2), tandis qu'elles l'étaient dans le nôtre. Peut-être faut-il tenir compte de l'atrophie, de la disparition des fibres élastiques du derme au-devant de la tumeur. Cette lésion, qui explique certainement la flaccidité de nos tumeurs, leur permettrait de se pédiculiser alors même qu'elles naîtraient dans la profondeur de la peau. Quoi qu'il en soit, nos examens microscopiques, n'ayant porté que sur une seule, ne nous paraissent pas suffisants pour nous prononcer, et nous demandons à réserver la question.

(1) On peut rappeler à ce sujet les faits de guérison de sarcomes généralisés de la peau d'une part, ceux de transformation silencieuse de molluscums en cancers d'autre part, publiés tout récemment dans ce recueil.

(2) *Loc. cit.*, p. 210.

Digitized by Google

III. — Recklinghausen (1) a publié récemment un important travail sur les rapports qui existent entre les névromes et les fibromes. Si de notre examen histologique il n'est permis de rien conclure à cet égard, nous pouvons rappeler d'autre part que la tumeur enlevée à la sœur de Jeanne J... et étudiée macroscopiquement par M. le Dr Demons parut être un névrome plexiforme. Bien que cette dernière lésion ne présente avec le névrome vrai que des rapports éloignés, il n'est pas inopportun de faire ce rapprochement.

IV. — Les lésions de nos deux malades sont congénitales; bien qu'on ne puisse, à proprement parler, les qualifier d'héréditaires, puisque les parents étaient indemnes de toute affection analogue, on ne peut s'empêcher de faire remonter au père et à la mère l'origine d'une maladie qui atteint deux sœurs dès la vie intra-utérine. Les cas où l'hérédité véritable a été constatée ne sont pas rares. Virchow a cité un fait où trois générations successives ont été frappées; on trouve une observation semblable dans Tilbury Fox (2). Par contre, la congénialité des tumeurs est moins fréquente ; et c'est en général dans la première enfance ou dans l'adolescence, plus rarement dans l'âge mûr, que la maladie se développe, sous l'influence présumée d'une disposition héréditaire. L'observation actuelle où cette disposition se trouve clairement dénoncée par le double fait de la congénialité et du développement successif des tumeurs chez deux sœurs est donc particulièrement intéressante au point de vue de l'étiologie.

V. — La topographie des tumeurs répond dans notre cas au type le plus habituel : semis de petites tumeurs de volume inégal et présence en un point limité d'une tumeur ou d'une agglomération de tumeurs beaucoup plus considérables. On ne saurait dire certainement que ce dernier point soit constant; mais il est fréquent : on le retrouve dans l'observation de M. E. Besnier, dans celle de Marcacci (3), dans un cas figuré par Tilbury Fox (4) dans son *Atlas*, dans plusieurs faits relatés par le Dr Wise (5).

La plupart de ces observations ne nous étant connues que par des résumés très brefs, il est peut-être téméraire de les rapprocher de la nôtre. Cependant les détails cliniques sont tellement analogues que nous n'hésitons pas à le faire. Un point surtout nous a frappés, c'est que la région

(1) Recklinghausen. Fibromes multiples de la peau, leurs rapports avec les névromes multiples. — Analysé dans les *Annales de Dermatologie*, p. 430, 1882.

(2) Tilbury Fox et Farquhar. *On certain endemic skin and other diseases of India and hot climates generally*, p. 108.

(3) G. Marcacci. *Annales de Dermatologie*, p. 132, 1880.

(4) T. Fox. *Atlas of skin diseases*, pl. 69.

(5) Wise (de Dacca), cité par T. Fox, in *Skin and other diseases of India*, p. 106 et suiv.

Digitized by Google

où s'accumulent les grosses tumeurs n'est point indifférente; elle semble se limiter à la nuque et au dos, aux régions latérales du cou, aux sourcils et aux joues. Une seule fois nous avons vu noté le côté externe du bras. Mais, en dehors de ce cas, c'est dans le territoire que nous venons d'indiquer que végètent avec le plus de vigueur les tumeurs qui nous occupent : un des malades du Dr Wise portait une sorte de trompe implantée entre le front et l'oreille et sur toute la joue; celui de Marcacci, dont la tumeur est si considérable qu'elle forme comme un manteau jeté sur l'épaule, présente son point d'insertion sur les parties postérieures et latérales du cou; dans le fait de M. E. Besnier, c'est la nuque et la partie supérieure du dos qui constituent la base d'insertion; enfin T. Fox, qui donne à ces vastes tumeurs pendantes le nom de pachydermatocèle, fait graver une figure que l'on croirait copiée sur notre malade. Bien que répondant à un petit nombre de cas, cette limitation ne laisse pas que d'être remarquable. M. le professeur Bouchard (de Bordeaux) à qui nous montrions diverses planches relatives à ces faits, nous demandait si l'on ne pouvait pas soupçonner une anomalie, ou un trouble dans le développement des fentes branchiales. L'hypothèse est sans doute ingénieuse; c'est à l'avenir de la juger.

VI. — La présence des taches pigmentaires dans l'intervalle des tumeurs est un fait des plus fréquents; elle montre que le trouble de nutrition, dont celles-ci sont la manifestation la plus importante, ne s'arrête pas aux couches profondes du derme et retentit également sur le réseau de Malpighi.

VII. — Au point de vue des sécrétions et de la sensibilité considérées au niveau des grosses tumeurs, nous n'avons rien à ajouter à l'observation de notre principale malade, sinon qu'il est regrettable de n'avoir pu contrôler par l'*examen biopsique* d'une d'elles les données de la clinique.

L'influence du traumatisme sur le développement exagéré de ces tumeurs, la simplicité des opérations chirurgicales qu'on peut tenter sur elles, et qui ont permis à nos malades de se faire débarrasser sans accidents fâcheux de leurs plus encombrants néoplasmes, sont des faits dont l'importance pratique n'a nul besoin d'être développée.

Digitized by Google

III

ÉTUDE CRITIQUE DES OPINIONS DIVERSES QUI ONT COURS AUJOURD'HUI DANS LA SCIENCE SUR L'ÉTIOLOGIE ET LA NATURE DU LUPUS,

Par **Hippolyte MARTIN.**

(*Suite et fin*) (1).

IV

La digression qui fait l'objet du paragraphe précédent nous entraînerait trop loin si nous lui donnions toute l'importance qu'elle mérite. Il nous suffit d'en retenir, pour l'instant, que la tuberculose, maladie infectieuse, inoculable et contagieuse, nous paraît comporter deux périodes successives dans son évolution. Une première pendant laquelle elle est véritablement, croyons-nous, une affection locale ou localisée, justifiable d'une intervention chirurgicale, lorsque son siège la rend accessible à l'instrument tranchant; et une deuxième période, période d'infection générale, qui aboutit à la mort et pendant laquelle *tous les tissus de l'organisme*, avons-nous dit, *aussi sains qu'ils paraissent, et qu'ils soient en réalité, même à l'examen microscopique le plus sévère, peuvent cependant, dans un certain nombre de cas, transmettre, par l'inoculation, une tuberculose infectieuse.*

Sans nous attarder plus longtemps sur ces faits qui, malgré leur importance, ne constituent pas le but principal de ce mémoire, nous devons en revenir au *lupus* et nous efforcer d'interpréter les recherches expérimentales que nous venons d'analyser, et y puiser, si la chose est possible, les éléments d'une opinion définitive.

Parmi ces recherches, les plus importantes sont incontestablement celles de MM. Cornil et Leloir.

Onze cobayes ont été inoculés; et, sur ce nombre, *quatre* fois l'inoculation a été suivie de tuberculose généralisée. Restent *sept* expériences que les auteurs appellent *négatives*. Nous nous permettrons cependant de discuter un instant la valeur d'un certain nombre de ces faits négatifs.

(1) Voy. *Annales de Dermatologie*, n. 11, page 645.

Digitized by Google

Tout d'abord, *pas un* de ces cobayes chez lesquels la contamination lupeuse n'a pas donné de résultats, *n'est mort spontanément;* ils ont tous été tués, probablement en *pleine santé*, du *cinquante-quatrième* au *cent-neuvième* jour après l'inoculation. Or, est-il bien certain qu'aucun de ces animaux ne serait mort tuberculeux si on les eût laissés vivre jusqu'à l'époque d'un décès spontané ; et, d'autre part, n'avaient-ils pas dans leur organisme, des germes de tuberculose plus ou moins prochaine, quoiqu'ils aient été considérés comme *non* tuberculeux ? — La question à résoudre, en d'autres termes, est la suivante : Peut-on déterminer exactement la durée de l'évolution de la tuberculose chez le cobaye et chez le lapin, ajouterons-nous ? — Chez ce dernier animal, nous l'avons dit ailleurs (1), la mort peut ne survenir que près de *deux ans* après l'inoculation, de sorte que si on l'avait sacrifié, en pareil cas, au bout de 12 ou 14 mois, on aurait pu ne constater que des lésions insuffisantes ou même absolument nulles, et l'autopsie eût été déclarée négative. Mais le lapin est aujourd'hui bien moins employé en pathologie expérimentale que le cobaye, surtout en ce qui concerne la tuberculose. C'est donc surtout de ce dernier animal que nous devons nous occuper ici.

Or, s'il est nettement établi aujourd'hui qu'en général le cobaye inoculé de tuberculose ne vit pas, en moyenne, au delà de 55 à 70 jours, il y a cependant de bien nombreuses exceptions à cette règle.

En réalité on voit des animaux mourir spontanément de tuberculose généralisée en 7 à 10 *jours*, ainsi que nous en avons publié déjà quelques exemples; et, inversement, d'autres, au contraire, peuvent survivre 5, 6 et même 7 *mois* à l'inoculation (2).

(1) H. Martin. *Revue de médecine*, p. 913, 1882.

(2) Il est difficile d'apprécier, par la simple inspection d'un cobaye tuberculisé, l'état présumé des lésions morbides qui vont évoluer ou évoluent déjà, à une période plus ou moins avancée, dans ses viscères. Voici cependant ce que nous ont appris les *quinze cents* inoculations expérimentales que nous avons pratiquées depuis *cinq ans*.

Un mot tout d'abord relatif à notre technique opératoire que nous n'avons pas encore décrite en détails dans nos précédents mémoires. — Les instruments qui doivent nous servir, et qui sont une paire de ciseaux, une paire de pinces, une sonde cannelée et une aiguille courbe à suture, de petites dimensions, sont flambés, au rouge sombre, à la flamme d'un bec de gaz Bunsen, et mis à notre portée, dans un verre contenant une solution d'acide phénique au cinquantième. Le fil dont nous nous servons, est du fil fort en chanvre, roulé en pelote. Cette pelote est enfermée dans un flacon de verre, à large goulot, bouché à l'émeri. Enfin, le flacon est rempli d'une solution saturée d'acide phénique, c'est-à-dire à 7 ou 8 0/0 environ, et un bout de fil fait toujours saillie à l'extérieur, maintenu par le bouchon ; de sorte qu'il suffit de tirer sur ce bout, en soulevant le bouchon, pour dévider une aiguillée de fil qu'on coupe avec les ciseaux en laissant toujours, à l'extérieur du flacon, le petit bout nécessaire pour le saisir à nouveau avec les doigts (Par excès de prudence, nous supprimons chaque fois ce petit bout qui s'est desséché au contact

Digitized by Google

D'ailleurs, parmi les animaux inoculés par MM. Cornil et Leloir, le n° 6 qui a précisément donné une inoculation *positive*, n'a été tué que 165 jours après l'inoculation ; et il eût peut-être pu vivre plus longtemps encore.

Il était donc imprudent, ce nous semble, de sacrifier la plupart des animaux au bout de 55 à 109 jours. Parmi les animaux inoculés sans résultat, l'un est mort d'indigestion après 31 jours, et un autre a été tué par les rats le 54e jour. Nous pouvons donc, sans inconvénient, ne pas en tenir compte. Il n'en reste donc que *six*. Or, parmi ceux chez lesquels l'inoculation a été *positive*, le *seul* qui est mort *spontanément* a vécu 60 jours. Dès lors, en tenant compte de la période latente ou d'inoculation, la tuberculose n'avait dû être très apparente, dans ses organes, que vers le 45e ou le 50e jour. Nous ne serons donc pas étonnés, si nous le prenons comme terme de comparaison, que l'autopsie ait été négative

de l'air). Nous avons essayé le catgut, le fil d'argent, le fil de soie : rien ne vaut notre fil de chanvre phéniqué ; et nous sommes convaincu que les chirurgiens l'utiliseraient avec avantage, car il possède, à la fois, la souplesse parfaite que n'ont ni le catgut, ni le fil d'argent, et les propriétés antiseptiques les plus complètes. Jamais il n'irrite la plaie, et laissé au fond de cette plaie, il s'y *résorbe* aussi vite que le catgut.

La presque totalité de nos inoculations étant pratiquées dans le péritoine, l'animal est attaché sur une petite planchette par les quatre membres et couché sur le dos. Il est presque toujours inutile de lui fixer la tête, vu la rapidité de l'opération.

Nous coupons rapidement alors, avec les ciseaux, les poils dans une étendue de 3 à 4 *centimètres carrés*, au-dessus du mamelon droit, point de repaire aussi exacte chez le mâle que chez la femelle, et nous lavons cette surface à l'eau phéniquée à 2 0/0. Prenant alors le bistouri, nous faisons, à ce niveau, à 15 *millimètres* environ de la ligne médiane, une incision *cutanée* de 1 *centimètre*. Puis nous appliquons l'extrémité mousse de la sonde cannelée à la partie supérieure de l'incision et, par une pression suffisante, nous pénétrons d'emblée dans le péritoine, à travers les muscles. Cela fait, nous reprenons le bistouri et, sur la cannelure de la sonde, nous pratiquons une incision, à la fois musculaire et péritonéale, de 5 à 6 millimètres. L'intestin ne doit pas même faire hernie par une si petite ouverture, malgré toutes les contractions de l'animal. Il suffit alors de prendre avec les pinces le ou les petits fragments à inoculer et de les introduire dans le péritoine; et il ne reste plus qu'à faire la suture de la façon suivante. Nous faisons un premier point médian; celui-là comprend à la fois la peau et les muscles : inutile de se préoccuper de savoir si le péritoine est oui ou non compris dans la suture. Puis nous ajoutons *deux* autres points, l'un supérieur et l'autre inférieur et qui ne comprennent que la peau. Ces trois points de suture, dont un seul est à la fois superficiel et profond, doivent suffire pour oblitérer complètement la petite plaie qui, trois jours après, est complètement cicatrisée par première intention; et les fils tombent spontanément, au bout de dix à douze jours, sans laisser trace de l'incision.

Pendant ces quelques premiers jours, l'animal maigrit un peu en général; puis reprend d'habitude bien vite son embonpoint. Mais, le plus souvent, au bout de 25 à 30 jours, il se forme une petite tumeur indurée au niveau de l'inoculation ; et, à peu près vers le milieu du deuxième mois, apparaît ce que nous avons coutume d'appeler le *chancre tuberculeux*. C'est une petite plaie, plus ou moins ronde, creusée sur la petite induration, à bords taillés à pic, à fond caséeux ; et si la plaie paraît souvent superficielle, on peut s'assurer, en enlevant avec une curette ce magma

Digitized by Google

chez les deux animaux tués le 46e et même le 55e jour. Il ne reste donc, en résumé, que *quatre* inoculations *négatives* à opposer aux quatre inoculations *positives;* et encore faisons-nous toujours cette réserve qu'une ou plusieurs d'entre elles auraient pu donner un tout autre résultat, si les animaux eussent vécu plus longtemps.

Rappelons que le n° 6 a été tué le 165e jour. Nous pourrions citer un grand nombre d'animaux, parmi ceux que nous avons inoculés, qui ont vécu à peu près aussi longtemps ou même plus longtemps encore. Voici quelques exemples pris au hasard :

Le 25 *février* 1881, nous inoculons du tubercule à un cobaye qui n'est mort tuberculeux que le 29 *juin*, c'est-à-dire après 124 jours. Avec les organes de ce premier cobaye, nous en inoculons aussitôt un deuxième qui est mort le 31 *octobre*, soit le 125e jour. Voilà donc ouverte une série que nous avons poussée au delà du *septième* terme; et cependant si nous avions sacrifié chacun de ces deux premiers animaux vers le 100e jour, nous aurions probablement pratiqué des autopsies *négatives*.

Le 13 *avril* 1879, inoculation d'un cobaye qui est mort tuberculeux le 22 *août*, 131 jours plus tard.

Le 9 *juillet* 1881, inoculation d'un autre cobaye qui a succombé à la tuberculose le 26 *novembre*, 139 jours après.

Le 25 *avril* 1881, nous inoculons un cobaye qui est mort tuberculeux le 13 *septembre*, 142 jours plus tard.

Le 26 *novembre* 1881, inoculation d'un cobaye qui meurt tuberculeux le 9 *mai* 1882, soit 165 jours plus tard.

Le 29 *avril* 1882, inoculation d'un cobaye qui a succombé à la tuberculose le 6 décembre, après avoir vécu 222 jours. Il est bien évident qu'en sacrifiant ce dernier animal le 150e jour, on eut constaté des lé-

caséeux, qu'elle est, au contraire, excessivement profonde. Cette plaie a été sans doute déjà décrite, avec le plus grand soin, par un certain nombre d'auteurs; mais on n'en a pas tiré, croyons-nous, toute la valeur diagnostique et pronostique qu'elle comporte.

En effet, dès ce moment, l'animal est triste, il maigrit et meurt bientôt. Il faut savoir cependant qu'il conserve assez souvent sa vivacité et son appétit jusqu'à la dernière heure.

Or le chancre tuberculeux abdominal ne se montre pas, cela est vrai, chez un certain nombre d'animaux. Mais, d'autre part, on peut affirmer que tout animal chez lequel il s'est formé un chancre *secondaire*, c'est-à-dire consécutif à une cicatrisation rapide de la plaie primitive, *est tuberculeux;* et les lésions tuberculeuses sont même déjà très profondes s'il a, en outre, considérablement maigri.

Si donc l'on veut tuer l'animal, sans attendre sa mort spontanée, il faut savoir que s'il n'a pas encore de chancre tuberculeux au niveau de l'inoculation, on a environ *huit* chances sur *dix* pour qu'il ne soit pas encore atteint de tuberculose apparente, *quel que soit le temps écoulé depuis l'inoculation*. S'il est, au contraire, très amaigri et porteur d'un chancre, il est à peu près certainement tuberculeux, *alors même qu'il ne serait inoculé que depuis dix à douze jours*.

Digitized by Google

sions insignifiantes; peut-être même n'en eût-il pas encore présenté d'appréciables pour l'immense majorité des observateurs.

Nous ne multiplierons pas davantage ces citations. Il nous paraît, en effet, suffisamment démontré que, vu la difficulté d'apprécier, pendant la vie, l'état des organes d'un cobaye tuberculisé, et vu les différences individuelles dans l'évolution de la maladie, le moyen le plus sûr d'éviter l'erreur est d'attendre le décès spontané de l'animal.

Admettons, néanmoins, qu'il ait été sacrifié, en pleine santé, 40 à 60 jours après l'inoculation ou plus tard encore. On examine attentivement tous les tissus, tous les organes, et on ne voit pas de tubercules apparents. Doit-on se hâter de conclure à une inoculation négative? — Non, certes, et voici pourquoi.

Les très nombreuses inoculations intra-péritonéales que nous avons pratiquées nous ont appris que l'infection générale de l'économie s'opère, du moins au début, par les voies lymphatiques. Supposons, par exemple, que nous ayons introduit un fragment tuberculeux quelconque dans le péritoine. Déjà, au bout de 48 heures, il est enveloppé dans le grand épiploon, et, si l'on sacrifie l'animal à ce moment, il apparaît suspendu à la grande courbure de l'estomac, comme un battant de cloche, visible, par transparence, à travers cette fine toile membraneuse. Déjà, d'ailleurs, les vaisseaux épiploïques sont congestionnés, dilatés; quelques jours plus tard, les ganglions mésentériques sont volumineux, congestionnés aussi. En même temps, le grand épiploon s'est épaissi, englobant le fragment morbide dans un tissu de nouvelle formation qui prend de plus en plus l'aspect fongueux, lardacé, et finit souvent par constituer un énorme boudin criblé de noyaux caséeux dont un, beaucoup plus volumineux que les autres, est le dernier vestige du fragment inoculé.

Pendant ce temps le foie, la rate, le mésentère s'infiltrent de granulations tuberculeuses. Enfin, les phénomènes morbides apparaissent dans la cage thoracique, et le premier fait apparent est, presque toujours, *la congestion, la tuméfaction, puis enfin la tuberculisation des ganglions trachéo-bronchiques.* La tuberculose pulmonaire n'apparaît que consécutivement. Il n'est pas rare, enfin, de trouver au-dessus de la capsule surrénale droite, tout à fait accolé à la face inférieure du diaphragme, un ganglion tuberculeux du volume d'une lentille. Ce ganglion nous indique le trajet qu'a suivi l'agent morbide pour passer de la cavité abdominale dans la cage thoracique. Tôt ou tard, d'ailleurs, le sang renferme aussi des germes infectieux et contribue, nous l'avons dit, à les disséminer.

Il est donc manifeste que, chez le cobaye inoculé, *les ganglions sont presque toujours atteints avant les organes.* Or, peu de jours encore après l'inoculation, ou plus tard, bien plus tard, si la tuberculose doit

Digitized by Google

évoluer lentement, on peut trouver, à l'autopsie, *tous les viscères sains, absolument sains;* de sorte que l'on devrait considérer l'inoculation comme ayant été *négative*. Mais une observation très attentive nous fera *toujours* trouver, si nous avons réellement inoculé de tubercule infectieux, un ou plusieurs ganglions mésentériques ou trachéo-bronchiques un peu volumineux, un peu congestionnés. Cette lésion, si insignifiante, si vulgaire en apparence, est capitale dans l'espèce; *elle peut suffire pour déterminer, par la méthode des inoculations* EN SÉRIE, *une magnifique tuberculose généralisée, très manifeste déjà dès le* DEUXIÈME *terme de la série.*

Prenons, en effet, un de ces petits ganglions, d'apparence si peu caractéristique, inoculons-le, et l'inoculation sera aussi *positive* que possible. Nous avons déjà cité, dans le courant de ce travail, une inoculation de ce genre, et c'est uniquement pour ne pas multiplier les énumérations de faits expérimentaux, que nous n'en rapportons pas un plus grand nombre d'autres aujourd'hui. Notre but est atteint cependant si nous avons démontré avec quelle prudence il faut agir avant de considérer une inoculation comme étant *négative*.

Quoi qu'il en soit, il est évident après tout ce qui précède, que nous ne pouvons pas accorder un grand poids, dans la discussion pendante sur la nature du lupus, aux deux inoculations négatives de M. Kiener, les animaux ne paraissant avoir été observés que deux mois tout au plus.

Les seules inoculations, également négatives, pratiquées en 1879 par Leloir auraient, dans l'espèce, une importance considérable, puisque, nous dit l'auteur, les animaux ont été suivis pendant deux ans. Mais Leloir a écrit, en 1882, les lignes suivantes : « En somme, je le répète, je ne prends actuellement parti ni pour l'une ni pour l'autre opinion; mais il se peut que mes nombreuses inoculations de lupus pratiquées dans les meilleures conditions expérimentales pourront devenir sous peu un argument sérieux au point de vue de la nature de cette affection (1). Ainsi Leloir semble espérer beaucoup de ses expériences nouvelles, n'ayant pu se former une opinion à l'aide des anciennes. Nous imiterons cette réserve, d'ailleurs toute scientifique, et nous conclurons en disant que les inoculations expérimentales de lupus exécutées jusqu'à ce jour ont donné tout au moins autant de résultats *positifs* que de résultats *négatifs*.

Du reste, avant de poser des conclusions générales, nous devons emprunter encore les éléments d'une opinion plus précise, à une méthode d'investigation plus concluante encore.

(1) LELOIR. *Bulletins de la Soc. de biol.*, p. 846, 1882.

Digitized by Google

V

La tuberculose expérimentale, telle qu'on la pratique aujourd'hui est, nous l'avons vu, un critérium pour ainsi dire infaillible ; et nous sommes loin du scepticisme qui en accueillait encore les résultats positifs, il y a trois ans à peine. Elle nous rend pour ainsi dire tangible l'existence d'un agent infectieux vivant, seul capable de vivre et de se multiplier dans l'organisme, ainsi que le fait est si bien démontré par la méthode des inoculations en série.

Mais aujourd'hui, surtout depuis les travaux remarquables de Koch, nous savons que cet agent infectieux, cet être vivant est un microbe. De sorte qu'à la place d'une longue et délicate culture dans un organisme animé, une préparation microscopique exécutée en quelques instants, peut non seulement nous *démontrer*, mais même nous *montrer* la présence du microbe, principal auteur de l'infection.

Si donc il était démontré que le microbe du tubercule se retrouve constamment dans les produits lupeux, leur origine tuberculeuse serait, sans plus ample discussion, irrévocablement démontrée.

Déjà, antérieurement aux belles recherches de Koch, en 1881, Schüller dont nous avons longuement analysé l'important travail, avait annoncé que, par la méthode de Weiggert, il est possible de voir des microbes dans les tissus du lupus. Pour les observer, dit-il, il faut choisir les petits nodules qui sont dispersés dans les tissus sous-cutanés. Là, dans les groupes de petites cellules rondes épithélioïdes, la coloration à la gentiane fait voir un grand nombre de micrococcus. C'est dans les néoplasmes jeunes qu'il faut surtout les chercher ; et c'est la raison pour laquelle on les observe surtout dans le lupus luxuriant du visage, du nez, des lèvres, tandis qu'ils sont bien plus rares dans les nodules un peu anciens de la peau des extrémités.

Depuis les travaux de Koch, des recherches beaucoup plus récentes semblent mériter plus de créances encore.

Pfeiffer (1), après une première série de recherches infructueuses, a enlevé des granulations chez une jeune fille de 11 ans, atteinte depuis cinq ans de lupus de la conjonctive. Il en a fait des coupes avec le microtome à congélation et, dans deux coupes sur huit, il a trouvé le microbe caractéristique, après coloration à la fuschine et au bleu de méthylène.

Presque simultanément, Doutrelepont (2) faisait connaître des résultats tout à fait semblables.

(1) Pfeiffer. Des bacilles de la tuberculose dans le lupus de la conjonctive (*Berliner klin. Wochenschrift*, juillet 1883).

(2) Doutrelepont. Des bacilles de la tuberculose dans le lupus (*Monatschefte*

Digitized by Google

Il rappelle d'abord qu'en 1880 il a vu une jeune fille, robuste, atteinte de lupus de la face et des membres, mourir de méningite basilaire tuberculeuse, en quelques jours ; et, à l'autopsie, on ne trouva que le lupus comme foyer infectieux. Ce cas intéressant attira vivement son attention ; et c'est depuis lors qu'il a recherché, dans les produits lupeux, le microbe de la tuberculose. Au début de ces recherches il écrasait les fragments morbides et colorait cette bouillie par la méthode d'Ehrlich ; mais ayant reconnu l'insuffisance de cette technique, il a exécuté des coupes fines sur des fragments durcis dans l'alcool absolu et les a traitées par les réactifs colorants de Koch. Il a pu trouver alors des bacilles, dans *toutes* les coupes, dans cinq cas de lupus de la face, dans un cas de lupus de la jambe et enfin, dans un cas de lupus de l'aile du nez. Il conclut en considérant comme juste l'opinion que le lupus appartient aux maladies tuberculeuses.

Les recherches également toutes récentes de Demme (1) sont tout aussi confirmatives. Sur trois cas de lupus l'auteur a retrouvé les bacilles, presque toujours inclus dans des cellules géantes.

C. Schuchard et F. Krause (2) viennent de nous faire connaître, il y a trois mois à peine des recherches non moins intéressantes.

Ces auteurs ont trouvé, en effet, le bacille de la tuberculose dans quarante cas de *tuberculose locale* observés, à la clinique de Volkmann, à Halle. Ces cas se décomposent ainsi :

Dix cas de teberculose des synoviales ;

Trois cas de tuberculose des os ;

Treize cas d'abcès tuberculeux : on les trouve, dans ces cas, dans la membrane pyogénique ;

Trois cas de tuberculose des ganglions lymphatiques ;

Quatre cas de tuberculose de la peau, c'est-à-dire de lupus ;

Un cas de tuberculose de la langue, du testicule, des tendons et des muscles ;

Deux cas de tuberculose des organes génitaux de la femme.

Ce qui nous importe surtout, pour l'instant, c'est la présence du bacille dans ces *quatre* cas de lupus.

Enfin dans leur important travail sur la nature du lupus, que nous avons déjà longuement analysé, MM. Cornil et Leloir disent, à propos du bacille : « Nous avons examiné de gros fragments de la peau enlevés chez onze malades atteints de lupus de différentes régions et placés im-

f. praktische Dermatologie, juin 1883). Nous empruntons l'analyse de ce travail et du précédent aux *Annales de dermatologie*, numéro de septembre.

(1) Demme. *Berlin. klin. Woch.*, n° 15, 1883).

(2) C. Schuchard et F. Krause. *Fortsch. D. Med.*, n° 9, 1883 ; et *Centralblatt*, n° 29, p. 526, 1883.

Digitized by Google

médiatement dans l'alcool absolu. Les coupes ont été colorées par le procédé de Ehrlich. Nous n'avons trouvé de bacilles que dans un de ces faits. Et encore n'avons-nous vu qu'un seul bacille sur douze coupes examinées. Nous devons ajouter que dans ce dernier cas le malade était manifestement tuberculeux, tandis que les dix autres ne présentaient pas de phénomènes de tuberculose pulmonaire.

Mais comme nous avons examiné seulement, dans les dix premiers faits, un petit nombre de coupes de chacun d'eux, nous examinerons de nouveau des coupes de ces mêmes pièces, afin de nous assurer s'il y a, oui ou non, des bacilles dans ces lupus. »

Ces recherches paraissent évidemment moins décisives que les précédentes ; nous venons de voir cependant, par la dernière phrase que nous avons rapportée, qu'elles ne sont pas absolument définitives. Nous feaons, en outre, remarquer, à ce sujet, que sur leurs *quatre* inoculations *positives* de lupus, MM. Cornil et Leloir ont trouvé *quatre* fois des bacilles dans les organes tuberculeux des animaux inoculés. Or, nous ne savons pas si les fragments de lupus qui ont donné ces quatre inoculations positives sont oui ou non compris au nombre des dix cas de lupus parmi lesquels la recherche directe du bacille n'a pas donné de résultats. Si les mêmes tissus lupeux ont servi dans les deux cas, on comprend de suite l'importance de pareils résultats. Ils nous prouvent que les bacilles se trouvaient incontestablement dans le lupus, mais en si petit nombre qu'ils ont échappé à des recherches directes, aussi minutieuses qu'elles soient. Mais après *culture et pullulation* dans un organisme vivant, rien ne serait plus aisé que d'en démontrer la présence.

La culture expérimentale chez un animal inoculé serait dès lors un moyen de multiplier et de rendre apparents des germes d'abord trop difficiles à apercevoir, à cause de leur petit nombre.

Quoi qu'il en soit, si nous jetons un regard d'ensemble sur les travaux que nous avons analysés dans ce mémoire, nous sommes amenés à conclure que les deux procédés de contrôle aujourd'hui si puissants, c'est-à-dire l'inoculation expérimentale méthodiquement employée, et la recherche directe du bacille, semblent de plus en plus favorables à l'opinion qui considère le lupus comme n'étant qu'une variété de tuberculose locale. Pour notre part, et sans nous prononcer définitivement encore, jusqu'à ce que nous soyons mieux éclairé, s'il est possible, par de nouvelles recherches, nous sommes vivement enclin à partager cette dernière opinion.

Sans aucun doute, nous reconnaissons toute la valeur des arguments puisés dans la clinique et qui ont été invoqués contre cette notion d'identité du lupus et de la tuberculose ; mais, toujours sur le terrain

Digitized by Google

clinique, les travaux remarquables de M. Besnier nous semblent de nature à infirmer considérablement les objections principales mises en avant par les partisans du lupus non tuberculeux.

Du reste nous voulons rester aujourd'hui sur le terrain purement expérimental. Certes, personne ne saurait récuser aujourd'hui l'importance des enseignements qu'il nous est donné d'y puiser.

La pathologie expérimentale n'a-t-elle pas *prouvé* que la tuberculose est une maladie infectieuse, alors que les cliniciens hésitaient et hésitent encore devant une si grave détermination. N'a-t-on pas dit, comme objection pour ainsi dire insoluble, que la notion d'infection parasitaire, ou *d'origine toujours extérieure*, était incompatible avec le fait si bien démontré de l'hérédité si fréquente de la maladie ? — eh bien ! c'est la pathologie expérimentale qui est, croyons-nous, appelée à résoudre, au nom du parasitisme, cette question capitale de l'hérédité, à nous faire, pour ainsi dire, toucher du bout du doigt la cause d'une succession si mystérieuse, alors que la clinique ne pouvait qu'admettre sans comprendre, ainsi qu'elle doit, d'ailleurs, si souvent s'y résigner, quand elle n'a plus a sa disposition que les expressions bien vagues de *diathèse* et de *transmission diathésique*.

Il est indispensable, sans doute, de se prémunir contre un enthousiasme inconsidéré; mais il faut, inversement, savoir accepter les faits, quelle que soit leur origine, lorsqu'ils nous sont présentés revêtus des caractères d'authenticité qu'il est possible de leur donner aujourd'hui, grâce au perfectionnement des méthodes scientifiques modernes.

Si donc il est prouvé que le lupus donne de la tuberculose, par inoculation expérimentale en série ; s'il est prouvé que le lupus a toujours pour point de départ la présence et la multiplication du microbe spécifique, quelles que soient sa forme et son origine, il faudra s'incliner devant des résultats désormais inattaquables, et il ne restera plus qu'à déterminer si l'expression de lupus, telle qu'on l'entend encore, n'est pas trop compréhensive. Il faudrait alors restreindre le cadre de la maladie et ne plus désigner de la sorte qu'une variété de tuberculose primitivement ou secondairement localisée dans la peau et dans certaines muqueuses.

Digitized by Google

RECUEIL DE FAITS.

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE. — LÉSIONS OSSEUSES MULTIPLES

Par M. le Dr Ferdinand DREYFOUS.

V... (Georges), âgé de sept ans, entre le 4 août 1883 à l'hôpital Trousseau, salle Legendre, n° 4.

Père âgé de 31 ans : a eu la syphilis en 1872; soigné au Midi pendant un mois. Accidents secondaires : plaques muqueuses, syphilides, alopécie : n'a suivi un traitement mercuriel que pendant trois mois. Depuis cette époque il n'a jamais pris aucun médicament. Il a eu trois enfants : le premier est l'enfant actuellement à l'hôpital; le deuxième mort à un mois d'athrepsie; le troisième a trois ans et est en bonne santé. Aujourd'hui le père présente encore des gommes du tissu cellulaire, notamment au niveau de la cuisse gauche. On constate également de la ténosite crépitante du poignet droit (il est ébéniste).

D'après le dire du père, la mère n'a jamais présenté aucun accident qu'on puisse rapporter à la syphilis.

L'enfant est venu à terme. Au bout de deux ou trois semaines, ecthyma des fesses dont on voit encore les cicatrices.

Coryza chronique : conjonctivite.

Comme autres maladies, rougeole, bronchite.

Pendant l'allaitement au sein, la mère prenait de la liqueur de Van Swieten.

Quant à l'enfant, il a suivi un traitement interrompu de temps à autre et consistant en sirop d'iodure de fer et vin de quinquina.

A la suite d'une contusion au niveau du tibia droit (juillet 1882), survint un abcès (?) qui ne fut pas ouvert, mais se dissipa sous l'influence d'onctions avec l'onguent napolitain.

Depuis quelques mois, l'enfant traîne un peu la jambe; depuis un mois il présente un gonflement du genou droit : cette tuméfaction est peu douloureuse. L'humérus droit, dans son tiers inférieur, offre une tuméfaction considérable datant de la même époque : cette tuméfaction est dure, compacte, régulière, presque fusiforme.

Rien autre sur le reste du corps.

Digitized by Google

Etat actuel. — Les dents de la première dentition sont écartées les unes des autres et offrent des bords crénelés. Incisives supérieures grisâtres : la canine inférieure gauche offre une érosion.

Tibias. — La face interne et le bord antérieur sont le siège de périostoses.

Front. — Deux saillies latérales symétriques.

Crâne. — Pas d'exagération du diamètre transversal ni de dépression sincipitale. Nez un peu déprimé.

Pas la moindre trace de rachitisme.

Muqueuses. — Rien.

Testicules. — Rien.

Frictions mercurielles : 1 gramme d'onguent napolitain. Julep gommeux : 60 grammes; Iodure de potassium : 2 grammes.

La circonférence de l'humérus droit mesure 15 c. 1/2; le gauche, 14.

10 août. — On supprime les frictions à cause du gonflement des gencives.

13 août. — Liqueur de Van Swieten, deux cuillerées à café.

L'enfant sort pour se soigner chez lui. Il revient de temps à autre à l'hôpital, et l'on constate une diminution progressive de la tuméfaction humérale.

Digitized by Google

REVUE DE DERMATOLOGIE.

I. — Analyse du mémoire de P.-G. Unna sur l'anatomie normale de la peau. In *Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie*, de Ziemssen, 1883.

II. — Note sur la structure des cellules du corps muqueux de Malpighi, par M. Ranvier. (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*. Séance du 26 décembre 1882.)

I. — Le Dr P.-G. Unna, de Hambourg, vient de faire paraître dans le *Handbuch*, de Ziemssen, un important chapitre sur l'anatomie normale de la peau. Il nous est malheureusement impossible, dans un simple compte rendu, de donner un résumé suffisant de cet excellent travail. Je me bornerai donc à signaler (je devrais presque les signaler tous), les chapitres qui m'ont plus particulièrement frappé par l'originalité des aperçus qu'ils contiennent.

Après une bonne étude du développement et de l'anatomie générale de la peau, Unna passe à la description histologique détaillée des différentes parties constituantes de la peau.

S'appuyant sur les travaux de Tomsa, il montre que la musculature cutanée n'est pas seulement limitée aux muscles *arrectores pilorum*, mais qu'il existe en outre des faisceaux musculaires obliques jouant un rôle assez analogue à celui des *arrectores pilorum*, bien qu'ils n'aient aucun rapports avec les poils. Il propose de donner à ces muscles lisses le nom de *muscles obliques tenseurs de la peau* : « schräge Cutisspanner », par opposition avec les *muscles tenseurs horizontaux;* « horizontale Cutisspanner », qui en se contractant produisent les plis de la peau. Le follicule pileux peut servir de point d'insertion aux muscles obliques, mais leur véritable point d'insertion est le tissu élastique, et par son intermédiaire donc toute la peau. On peut presque dire d'une façon générale, que la richesse du tissu musculaire de la peau est en rapport direct avec la richesse de celle-ci en tissu élastique. De ces rapports anatomiques intimes du tissu musculaire avec le tissu élastique, découlent des rapports physiologiques importants.

Viennent ensuite des considérations intéressantes sur la structure et le développement du corps papillaire. Unna fait remarquer avec raison qu'il n'existe pas de *type* de comparaison, de *normale*, pour les papilles

Digitized by Google

des différentes régions de la peau. Le corps papillaire doit être considéré comme une sorte de frontière, indiquant dans chaque cas particulier les *rapports* qui existent entre la pression résultant de l'accroissement de l'épiderme, d'une part; et celle provenant de l'accroissement du derme, d'autre part. Le seul terme de comparaison qui puisse donc servir dans les recherches anatomo-pathologiques est la comparaison des papilles au niveau de la région malade, avec celles de la région saine ambiante. Unna pense que les prolongements de l'épiderme dans le derme sont d'autant plus prononcés, que la couche cornée de l'épiderme est plus épaisse. Cette dernière opinion me paraît un peu absolue.

Contrairement à l'opinion de Todd et Bowmann, de Ranvier, conformément à l'opinion de Kölliker, il n'admet pas de MEMBRANE BASALE, de BASEMENT MEMBRANE séparant l'épiderme du derme. Mes recherches personnelles concordent complètement avec cette opinion de Unna.

L'étude de l'ÉPIDERME constitue dans ce mémoire un chapitre important plein d'aperçus originaux. Unna insiste (un peu brièvement peut-être) sur les travaux de Flemming. On connaît l'importance de ces recherches sur la *division du noyau et de la cellule,* au point de vue de la détermination anatomique du siège de la prolifération de l'épiderme, à l'état normal ou à l'état pathologique. Dans la peau normale, cette prolifération n'existe que dans la dernière couche du corps muqueux, (couche cylindrique ou des cellules perpendiculaires). A l'état pathologique, elle se produit dans des couches un peu supérieures, mais pas beaucoup supérieures. Dans certains cas cependant, j'ai constaté (épithéliomes, végétations, etc.), que cette division de noyau se rencontrait dans des couches assez superficielles du corps de Malpighi; mais en somme elle existe surtout dans ses couches profondes, comme le remarque avec raison Unna.

L'auteur décrit ensuite les *épines,* les *dentelures des cellules du corps de Malpighi.* Il les considère comme constitués par des prolongements protoplasmatiques *mouvants* et *vivants* pouvant même peut-être se rétracter d'une façon active. Il ne pense pas, contrairement à Ranvier, que l'on doive en faire des espèces d'organes élastiques.

A propos de la constitution du *corps cellulaire,* il eût été à désirer que l'auteur nous eût fourni plus de détails, tant au point de vue de l'étude du protoplasma, qu'au point de vue de la description de la zone hyaline centrale périnucléaire. Cette zone en effet joue un rôle majeur dans les processus qui président à la formation des pustules, vésicules, et fausses membranes à la surface de la peau et des muqueuses; dans la production de l'*altération cavitaire* en un mot.

La *couche granuleuse* contient le plus souvent deux rangées de cel-

Digitized by Google

lules seulement, plus rarement trois rangées, enfin parfois dans les cas pathologiques quatre et même cinq rangées de cellules. Cette couche serait seule cause de la couleur blanche de la peau dans la race blanche. Les granulations de cette couche granuleuse réfléchissent en effet très fortement la lumière, et paraissent par conséquent sombres par transparence, et blanches quand on les examine au contraire à la lumière réfléchie.

Vient ensuite une longue discussion sur la nature des *granulations* de la couche granuleuse. Unna admet que ces granulations ne sont nullement des gouttelettes liquides d'*éleïdine* comme le pense Ranvier, mais bien des particules *solides*. Ces particules solides seraient constituées par une substance voisine de celles étudiées par Recklinghausen sous le nom d'hyaline, la *kérato-hyaline* de Waldeyer et Unna.

L'auteur étudie ensuite avec un soin tout particulier la *couche cornée*. Les cellules de cette couche ne seraient pas entièrement dépourvues de *prolongements*, de *piquants*, comme on pourrait le croire au premier abord. Elles présentent au contraire, comme on le peut constater sur des préparations ou l'on a fait digérer l'épiderme dans la pepsine ou la trypsine, des prolongements rudimentaires ratatinés au minimum. L'adhérence des cellules de la couche cornée tiendrait à la présence de ces prolongements intercellulaires, et non à la présence d'une substance intercellulaire ou à l'union intime des parois des cellules les unes avec les autres. Les espaces intercellulaires renferment de très fines gouttelettes de graisse.

Cette technique (digestion dans la pepsine ou la trypsine), permet de constater que le *processus de kératinisation n'envahit pas tout le corps cellulaire* comme on pourrait le croire, mais seulement la paroi externe, le manteau de la cellule. Lorsque l'on a fait digérer longtemps l'épiderme corné, il n'existe plus que des loges vides constituées par de la substance cornifiée.

L'auteur compare les cellules cornées à un rayon de miel où la paroi de cire des cellules correspondrait à la paroi cornée. Je les comparerais plus volontiers à des capsules de cartilage, ou mieux à une *coupe de tissu végétal*. Je possède des coupes de mal perforant (processus où la kératinisation est poussée très loin), et j'ai montré en mai dernier à la Société anatomique, des préparations d'acné varioliforme où cet aspect *réticulaire* de la couche cornée était des plus accentués. Ces cellules cornifiées rappelaient assez bien des cellules végétales, et étaient nettement composées de deux parties : l'une périphérique cornifiée, membraniforme; l'autre centrale, non cornifiée. Comme Unna, j'ai également pu constater que les cellules *entières* se colorent en jaune, et que les cellules cornées *entamées* se colorent en rouge par le picrocarmin; fait

Digitized by Google

d'une certaine importance dans l'étude anatomo-pathologique de diverses affections élémentaires de la peau (acné varioliforme, mal perforant, etc.).

Unna, et mes recherches anatomo-pathologiques sur les condylomes, les pustules, etc., me font ranger à son avis, *dit qu'il n'y a pas un rapport absolu et constant entre l'apparition de la kérato-hyaline (éleïdine de Ranvier) et la kératinisation.* « Ce sont (dit-il pages 37 et 38) des phénomènes *concomitants* qui présentent de l'importance au point de vue de la vie cellulaire en général, mais non pas *spécialement* au point de vue de la kératinisation... L'apparition de la kérato-hyaline (éleïdine), est certainement un phénomène *concomitant* du processus de kératinisation, mais c'est un phénomène *secondaire* à ce processus de kératinisation qui atteint la *périphérie* de la cellule. Les termes de la proposition ne peuvent être renversés ; l'apparition de la kérato-hyaline (éleïdine), ne conduit pas à la kératinisation. *Il se produit souvent des cornifications périphériques des cellules sous apparition de kérato-hyaline (éleïdine).* »

Glissons sur un excellent chapitre relatif à l'ANATOMIE DE L'ONGLE et sur une étude très détaillée des POILS et des GLANDES SÉBACÉES, que nous ne saurions trop conseiller de lire dans le texte, et passons avec Unna à l'étude des glandes sudoripares.

Unna décrit d'une façon remarquable les GLANDES SUDORIPARES, comme devaient le faire prévoir d'ailleurs ses travaux antérieurs sur la sécrétion sudorale. Il insiste sur le rôle important que jouent les glandes sudoripares dans la sécrétion et l'excrétion de la *graisse*. Dans la *lubréfaction* grasse de la surface cutanée, le rôle principal appartient aux glandes sudoripares, et non aux glandes sébacées. La condition *sine qua non* de la sudation siège non pas dans le *glomérule* de la glande sudoripare, mais dans le *pore*, le conduit de la glande (Schweisspore). Le chien ne sue pas, il n'a pas de pores sudoraux, mais il a des glomérules sudoripares qui, chez lui, s'ouvrent dans le follicule pileux.

Unna va même jusqu'à considérer le TISSU ADIPEUX sous-cutané comme une sorte de produit de *dérivation supplémentaire* (Uber product) des glandes sudoripares, de leurs *glomérules* en particulier. Tout, selon lui, le montre : l'embryogénie, l'anatomie et même l'anatomie comparée avec les belles recherches de Meissner.

A ce propos, l'auteur étudie, surtout d'après les travaux de Flemming, le tissu adipeux sous-cutané. Il passe ensuite à l'étude des VAISSEAUX CUTANÉS, d'après Tomsa, du système lymphatique de la peau, d'après Axel Key et Retzius, Ranvier, Arnold, Thomsa et ses propres recherches. Il termine enfin par une description, un peu brève peut-être, des NERFS DE LA PEAU.

Digitized by Google

Tel est l'aperçu, malheureusement un peu hâtif de l'excellent mémoire de Unna sur l'anatomie normale de la peau. Nous regrettons ne pouvoir en donner un compte rendu plus complet. Mais, tout compte rendu serait insuffisant ; il faut lire en entier, dans le texte, le travail de notre savant et symphatique confrère de Hambourg. H. LELOIR.

II. — Dans une note présentée à l'Académie des sciences le 20 octobre 1879, M. *Ranvier* avait établi, contrairement à l'opinion de *Bizzozero*, alors généralement acceptée, que l'union des cellules du corps muqueux de Malpighi se faisait, non par des pointes soudées bout à bout, mais par des anastomoses, véritables ponts, unissant une cellule quelconque aux cellules voisines.

De nouvelles recherches ont permis à M. *Ranvier* de pénétrer plus avant encore dans la structure de ces traits d'union et leur importance est telle, non seulement au point de vue de l'histologie pure, mais encore à celui de l'anatomie générale et philosophique, que nous ne pouvons nous dispenser d'en donner une analyse rapide mais complète.

Il importe d'abord de préciser la technique suivie par M. *Ranvier*.

Des fragments de peau à épiderme épais ou, mieux, à épiderme irrité et pathologiquement épaissi, comme on en rencontre au voisinage des ulcères chroniques, sont fixés par une macération de deux mois, dans une solution de bichromate de potasse à 2 0/0, puis durcis par immersions successives dans la solution sirupeuse de gomme et l'alcool. Les coupes, qui doivent être d'une extrême minceur et menées, les unes normalement, les autres parallèlement à la peau, sont reçues dans l'eau distillée où elles séjournent 24 heures, puis colorées par la purpurine ou mieux encore par l'hématoxyline.

Sur ces préparations qui doivent être éclairées avec soin et examinées avec un bon objectif à immersion, les cellules montrent une structure nettement fibrillaire. Elles sont constituées par une masse homogène, de nature protoplasmique, contenant un réseau fibrillaire plus serré autour du noyau que dans la zone corticale. Au niveau des filaments d'union, l'on voit une fibrille s'y engager et se continuer avec le réseau fibrillaire d'une cellule voisine, de sorte que chaque filament est formé d'une fibrille et d'une gaine amorphe émanant, l'une des réseaux, l'autre des masses protoplasmiques des cellules qu'il contribue à réunir.

Ainsi constitué le réseau de Malpighi offre les plus grandes analogies avec celui des cellules nerveuses ou de la névroglie. Les cellules nerveuses, en effet, sont constituées, ainsi que l'ont montré *Remak* et *Max Schultze*, par un réseau émanant des cylindres axes afférents et efférents, plongé dans un protoplasma homogène et entourant le noyau. Quant aux cellules de la névroglie, ce sont des masses protoplasmiques de

Digitized by Google

forme variée, traversées en divers sens par les fibres névrogliques, c'est-à-dire par les fibres connectives des centres nerveux.

En résumé, et c'est là la conception philosophique qui se dégage de ce travail, les cellules du corps muqueux, de la névroglie et du tissu nerveux qui procèdent toutes du neuroépithélium primitif, tiennent de leur origine ce caractère commun d'être formées d'une masse protoplasmique traversée par des fibres tout à fait différenciées qui sont : pour les premières, les fibrilles du corps muqueux ; pour les secondes, les fibrilles nerveuses, et pour les dernières, les fibrilles de la névroglie. E. CHAMBARD.

III. — DU RHINOSCLÉROME ET SON TRAITEMENT, par le professeur EDWARD LANG. (*Wiener medic. Wochensch.* 16 juin 1883.)

En France, où cette affection est certainement très rare, on n'a encore publié que peu de choses sur le rhinosclérome, dont l'étude paraît être restée, jusqu'à présent, le monopole presque exclusif de l'école de Vienne. En effet, c'est à Hebra, qui l'a décrite le premier (1852), et à ses élèves que l'on est redevable des travaux les plus importants sur le rhinosclérome. Toutefois, dans ces derniers temps, Celso Pelizarri a publié une monographie très intéressante sur cette affection dont la nature est loin d'être complètement élucidée. Il a été rendu compte de ce travail dans le numéro précédent.

De plus, un cas authentique de rhinosclérome a été observé cette année, à Paris, par Verneuil et Ernest Besnier, et l'examen histologique, confirmant le diagnostic clinique fait préalablement, a été communiqué à la Société anatomique par le professeur Cornil (V. *Progrès médical*, année 1883).

Le professeur Édouard Lang vient de publier un nouveau cas de rhinosclérome qui nous paraît surtout mériter l'attention en ce que l'auteur s'inspirant des dernières recherches du Dr v. Frisch, considère cette affection comme étant de nature parasitaire.

Chez un malade atteint de rhinosclérome et qui avait été traité, à plusieurs reprises, sans aucun résultat, par la liqueur de Fowler, Lang employa, d'après les travaux de v. Frisch, d'abord les préparations salicylées, plus tard phéniquées. Sous l'influence de cette médication parasiticide, il se produisit, sinon une guérison complète, du moins une régression très évidente de la tumeur.

Je me bornerai à rappeler ici, en quelques mots, les traits principaux de l'observation que Lang rapporte *in extenso*, pour m'occuper surtout de la médication qui a été prescrite et couronnée de succès.

Digitized by Google

Il s'agit d'un journalier, originaire de la Pologne, et âgé de 46 ans ; il n'a jamais rien eu du côté des organes génitaux, et il ne présente, du reste, aucune trace de syphilis actuelle ou antérieure. Son père est mort de la variole et il ne sait rien de sa mère ni de ses sept frères ou sœurs. En 1881, il fut renversé par un camion, et, à cette occasion, outre plusieurs contusions et écorchures, blessure du nez. Cet organe devint le siège d'une tuméfaction considérable, accompagnée de douleurs vives ; au bout d'un mois le malade quitta l'hôpital. Depuis cette époque sa santé resta bonne. Environ six mois avant son entrée à la clinique (3 août 1882), il s'aperçut cependant que sa narine gauche ne laissait plus passer l'air, état qui persista malgré des cautérisations fréquentes faites par un médecin. Il ne peut donner aucun renseignement sur le début de son affection, aussi est-il impossible de savoir si elle n'existait pas avant le traumatisme.

Au moment de son entrée, on constate l'état suivant : Le nez a un volume double de l'état normal : cette augmentation est due à une infiltration qui en a envahi presque exclusivement la moitié gauche. Le nez est très élargi, l'infiltration est constituée par un tissu dur, nodulaire, qui s'étend de la cloison au sillon de la lèvre supérieure, à l'aile du nez jusqu'à la crête du côté gauche. Le pli qui se dirige vers la joue est effacé à son extrémité supérieure; la cloison et le rebord de l'orifice nasal gauche sont deux ou trois fois plus épais qu'à l'état normal et complètement durs ; son bord libre est le siège de profilérations dures, rouge pâle, qui ont gagné les parties adjacentes de la lèvre supérieure gauche. La narine gauche est élargie, la cavité est remplacée par une espèce d'infundibulum dans lequel on n'aperçoit aucune ouverture ; ce n'est qu'avec peine qu'on parvient à faire pénétrer une sonde à boule jusqu'aux orifices postérieurs des fosses nasales, à travers les proliférations qui les obstruent ; le passage de l'air est complètement intercepté. La cavité nasale droite paraît aussi rétrécie, toutefois ce rétrécissement est dû au refoulement de la cloison par les proliférations. Douleur seulement à la pression. La paroi pharyngienne postérieure est transformée, dans sa portion gauche, en une plaque de l'étendue d'une pièce de cinq francs en argent, plus ovale, dure, recouverte d'un épithélium blanchâtre, déprimée au centre ; cette plaque est entourée d'un bourrelet formant une saillie de quelques millimètres ; on ne peut voir la partie supérieure de l'infiltrat qu'en soulevant le voile du palais. De chaque côté de la ligne médiane, sur le palais, indurations cartilagineuses, un peu plus petites à gauche qu'à droite, recouvertes d'une membrane muqueuse blanchâtre.

L'examen rhinoscopique est impossible, mais en introduisant l'indicateur derrière le voile du palais, on sent nettement les orifices postérieurs, des fosses nasales, entourées de masses dures faisant surtout saillie à droite.

Les ganglions cervicaux et occipitaux légèrement tuméfiés.

Voici le traitement institué par Lang : Tous les deux jours injection dans les parties sclérosées, en trois ou quatre points différents, d'une solution aqueuse à 1 0/0 d'acide salicylique. Plus tard injections d'une solution à 2 0/0 de salicylate de soude. Introduction dans les fosses nasales de tubes métalliques préalablement enveloppés d'emplâtre et saupoudrés d'acide salicylique. Irrigation naso-pharyngienne avec une solution de soude salicylée. Badigeonnages avec une solution alcoo-

Digitized by Google

lique d'acide salicylique des infiltrats indurés des cavités nasales et de leurs orifices postérieurs, de la paroi pharyngienne postérieure et du palais. Aspirations d'acide salicylique par le nez, insufflations de la même poudre dans la sphère naso-pharyngienne. Application d'une pommade salicylée à 5 0/0 sur la face externe du nez et dans les fosses nasales de manière à les boucher complètement et jusqu'à ce que la pommade apparaisse derrière le voile du palais. Enfin, on prescrit au malade de prendre chaque jour, pendant deux mois, 2 grammes d'acide salicylique.

Ce traitement donna très rapidement des résultats favorables. Après les dix premiers jours, les parties sclérosées étaient devenues plus molles et plus circonscrites; l'infiltrat induré de la paroi pharyngienne postérieure s'était réduit de plus de moitié sous l'influence de simples badigeonnages avec une solution alcoolique; des badigeonnages analogues firent également disparaître l'infiltrat du palais au point qu'il ne restait plus qu'une induration de la grosseur d'une lentille.

L'usage interne de l'acide salicylique ainsi que son emploi externe ont-ils contribué à la régression du rhinosclérome? c'est un point très difficile à élucider.

A la suite de ce résultat, on remplaça, le 12 novembre, l'acide salicylique par l'acide phénique, également en injection à 1 0/0 (de plus cette fois dans le sclérome du pharynx), en solution éthérée à 2 0/0 et en pommade à 1/2 0/0. — Le phénol amena la résolution de la partie supérieure de l'infiltrat de la paroi pharyngienne postérieure et la diminution, mais à un moindre degré, de l'induration de l'extrémité postérieure de l'aile gauche du nez; moins de sensibilité à la pression. Le 26 janvier 1883 on fit également des injections dans les proliférations qui avaient leur siège autour des orifices postérieurs des fosses nasales, en enfonçant la canule, à travers le voile, dans l'infiltration, à la limite du palais et du voile du palais. Pour des raisons administratives, ce malade fut congédié le 4 février 1883, et par suite le traitement suspendu.

Les résultats de cette médication ont été des plus satisfaisants : la tumeur du nez est en très bonne voie de résolution, le sillon qui de la commissure buccale gauche se dirige en dedans et en haut est redevenu très distinct à sa partie supérieure, le nez a repris son aspect normal. Les points indurés qui persistent encore doivent-ils être considérés comme des rétractions cicatricielles ou comme des restes de sclérome susceptibles de proliférer ultérieurement? Ce sont là des questions qu'il est impossible de trancher. Quant aux lésions qui sont situées à l'intérieur des fosses nasales et au rebord des orifices postérieurs, le con-

Digitized by Google

trôle est plus difficile, et l'on n'est pas sûr que l'application des remèdes puisse s'y faire d'une manière exacte.

Quoique sur ce malade la récidive du rhinosclérome soit possible à l'intérieur des fosses nasales, il est cependant permis d'espérer qu'on pourrait obtenir une guérison complète dans un cas où les lésions scléromateuses seraient partout accessibles au mode de traitement indiqué par le professeur d'Innsbrück.

En résumé, la régression du rhinosclérome, sous l'influence de ce traitement, tendrait à démontrer que les micro-organismes trouvés par v. Frisch constituent les facteurs véritables de l'inflammation dans cette maladie.

A. DOYON.

IV. — DEUX CAS DE PSORIASIS AIGU GÉNÉRALISÉ, DÉVELOPPÉS APRÈS LA VACCINATION, par le Dr GEORGES H. ROHÉ (*Journal of cutaneous and venereal diseases*, oct. 1882, p. 11).

V. — CAS DE PSORIASIS SURVENANT APRÈS LA VACCINATION, par le Dr PIFFARD (*Ibid.*, janvier 1883, p. 119).

VI. — PSORIASIS ET AUTRES MALADIES ASSOCIÉS A LA VACCINATION, par le Dr THOMAS WOOD (*Ibid.*, mars 1883, p. 161).

VII. — DE QUELQUES ACCIDENTS DE LA VACCINATION, par le Dr MORROW (*Ibid.*, mars 1883, p. 175).

VIII. — PSORIASIS SE DÉVELOPPANT APRÈS LA FIÈVRE SCARLATINE, par C.-M.-G. BIART (*Ibid.*, mars 1883, p. 163).

IX. — ÉTUDE SUR L'ÉTIOLOGIE DU PSORIASIS, par le Dr TAYLOR (*Ibid.*, octobre 1883, p. 3).

X. — PSORIASIS DE LA PAUME DES MAINS, par le Dr BULKLEY (*Ibid.*, fév. 1883, p. 150).

XI. — CAS DE PSORIASIS GÉNÉRALISÉ AFFECTANT LA PAUME DES MAINS, par le Dr MORROW (*Ibid.*, avril 1883, p. 206).

XII. — PSORIASIS AFFECTANT LA PAUME DES MAINS, par le Dr ALEXANDER (*Congrès de l'association dermatologique américaine*, 30 août 1883).

XIII. — CAS DE KÉLOÏDE SURVENANT SUR DES PLAQUES DE PSORIASIS, par le Dr PURDON (*Journal of cutaneous and venereal diseases*, avril 1883, p. 203).

XIV. — A PROPOS DU TRAITEMENT DU PSORIASIS PAR L'ACIDE CHRYSOPHANIQUE

Digitized by Google

ET PAR L'ACIDE PYROGALLIQUE, par le Dr P.-A. MORROW (*New York dermatological Society*, 26 nov. 1882).

IV à VII. — Dans ces derniers temps, la variole ayant sévi avec une grande intensité aux États-Unis d'Amérique, le nombre des vaccinations a été fort considérable : on s'est surtout servi de vaccin de génisse, et dans quelques cas les dermatologistes de ce pays ont été assez surpris de voir une éruption de psoriasis se développer après la vaccination. En voici quelques exemples :

1° J.-W. C..., âgé de 28 ans, docteur en médecine; aucun antécédent morbide; pas de maladie cutanée dans sa famille. Vacciné en janvier 1882 avec du vaccin de génisse; insuccès. 8 ou 9 jours après la vaccination, le point piqué devint très prurigineux, rouge, se couvrit de squames blanches. Quelques jours après, il remarqua sur ses bras et sur ses cuisses de nombreuses petites papules rouges recouvertes de squames blanches et prurigineuses. Le 10 février l'éruption couvrait presque tout le corps, et était constituée par des éléments caractéristiques de psoriasis;

2° M. W..., jeune garçon de 9 ans; ni lui ni ses parents n'ont jamais eu de maladie de peau. Vaccination suivie de succès, il y a un mois, avec du vaccin de génisse. Après la chute de la croûte de la pustule vaccinale, il persista une plaque rouge qui devint écailleuse et s'agrandit; puis de petits éléments caractéristiques de psoriasis parurent sur tout le corps.

Ces deux faits sont dus au Dr Rohé.

3° M. H..., jeune fille âgée de 19 ans. Vaccinée deux fois sans succès avec du vaccin de génisse; après la deuxième vaccination on vit se développer au point piqué une plaque rouge squameuse un peu surélevée. Quelques semaines plus tard de petites papules parurent sur tout le reste du corps; c'était des éléments fort nets de psoriasis. (Due au Dr Piffard.)

Les faits publiés par le Dr Wood sont encore plus curieux : un jeune homme de 21 ans, atteint de psoriasis invétéré et qui avait déjà essayé plusieurs traitements sans aucun résultat, fut obligé de se faire vacciner avec du vaccin de génisse. Dès que la pustule vaccinale eut évolué, il vit disparaître son psoriasis qui n'a pas encore récidivé. Ses deux sœurs, âgées l'une de 8, l'autre de 11 ans, n'avaient eu encore aucun symptôme de psoriasis; elles se font également vacciner avec du vaccin de génisse, et, après la guérison de leurs pustules, elles sont atteintes d'une éruption de psoriasis qui persiste chez elles depuis près d'un an.

Dans la discussion qui suivit la communication du Dr Rohé à la So-

Digitized by Google

ciété de dermatologie de New-York, le Dr Hyde cita encore le fait d'une jeune femme qui n'avait jamais eu de maladie de peau antérieure, et qui, après avoir été vaccinée, avait été prise d'une éruption psoriasique tout à fait typique.

Il est plus que probable que ce ne sont là que de simples coïncidences, ou plutôt qu'il s'agissait dans ces cas d'individus prédisposés à avoir une éruption de psoriasis, et que le léger traumatisme de l'inoculation, la réaction inflammatoire causée par l'évolution de la pustule vaccinale, ont été la cause déterminante de la poussée, en créant sur le tégument et dans l'organisme un *locus minoris resistentiæ*. Ce qui semblerait prouver la justesse de cette vue un peu théorique, c'est que la première plaque de psoriasis s'est toujours développée autour du point traumatisé. Nous nous refusons absolument à voir dans ces cas des faits de syphilis vaccinale non diagnostiqués, car on s'est toujours servi de vaccin de génisse, circonstance également fort remarquable et sur laquelle nous appelons l'attention. L'explication précédente étant admise, il n'y a plus lieu de s'étonner de ces faits, il semble même qu'il devrait y en avoir davantage, étant donné le nombre assez grand de sujets prédisposés au psoriasis, et la pratique presque universellement adoptée à l'heure actuelle des revaccinations. Quant au fait de guérison d'une éruption rebelle de psoriasis par la vaccination rapporté par le Dr Thomas Wood, nous avouons qu'il reste pour nous absolument inexplicable, à moins qu'on n'admette une simple coïncidence, ou que l'état général du malade n'ait été fortement touché par la vaccination.

VIII. — On pourrait jusqu'à un certain point rapprocher des faits précédents ceux qu'a publiés le Dr C.-M.-G. Biart, et dans lesquels on a vu des éruptions de psoriasis se manifester à la suite d'une scarlatine. L'auteur américain en rapporte trois exemples :

1° Milnie C..., jeune fille de 11 ans, a la scarlatine; pendant que l'exanthème disparaît, on voit se former sur la poitrine plusieurs petites plaques rougeâtres, puis l'éruption s'étend rapidement sur tout le corps; elle est constituée par des éléments caractéristiques de psoriasis; aucun antécédent ni personnel, ni héréditaire ;

2° John A..., âgé de 9 ans, est pris aussitôt après avoir eu la scarlatine d'une première poussée de psoriasis, qui débute par le devant de la poitrine et de là s'étend rapidement sur tout le corps; aucun antécédent héréditaire ;

3° Suzie G,.., âgée de 12 ans, a une scarlatine de moyenne intensité; au moment où l'éruption commence à pâlir, on voit se former sur la cuisse droite plusieurs petites élevures rougeâtres qui deviennent bientôt

Digitized by Google

des éléments typiques de psoriasis et se généralisent rapidement : aucun antécédent héréditaire.

Ainsi que le fait remarquer l'auteur ces faits sont assez intéressants, en ce que le psoriasis s'est développé pendant l'évolution même de la scarlatine, en ce qu'il s'est généralisé très rapidement, en ce qu'il s'est manifesté tout d'abord sur le devant de la poitrine, à la face interne des cuisses, en un mot aux endroits où l'exanthème scarlatineux atteint d'ordinaire son maximum d'intensité. Il nous semble toutefois que le Dr Biart va chercher bien loin l'explication de ces faits, alors qu'il essaie d'établir que le processus morbide de la scarlatine est à peu près analogue au processus morbide du psoriasis, qu'il y a dans les deux cas tendance à l'hypérémie du derme et à la prolifération des cellules du *rete mucosum* avec effusion séreuse et migration des leucocytes entre elles, ce qui donnerait lieu à la desquamation.

Pour nous, il nous semble bien plus logique d'attribuer tout simplement à l'exanthème un rôle semblable à celui que doit jouer la vaccine dans les cas précédents. La peau congestionnée, affaiblie dans sa vitalité, traumatisée en quelque sorte par l'exanthème, offre un terrain favorable à l'évolution du psoriasis auquel le sujet était prédisposé, mais qui ne se serait sans doute pas encore montré sans cette cause occasionnelle.

IX. — Nous ne comprenons pas trop pourquoi le Dr Taylor a voulu tout dernièrement rééditer une opinion déjà ancienne et parfaitement oubliée d'Erasmus Wilson au sujet de la pathogénie du psoriasis, et a tenté de faire de cette dermatose une manifestation éloignée de la syphilis héréditaire tardive. Il aurait, paraît-il, retrouvé des antécédents de syphilis chez les pères ou chez les mères des psoriasiques dans un quart des cas. L'infection syphilitique aurait toujours eu lieu de 5 à 15 ans avant la naissance de l'enfant, de telle sorte que celui-ci n'aurait été soumis qu'à l'influence d'un virus atténué.

L'auteur fait de plus remarquer à l'appui de sa thèse que dans une famille nombreuse il est fort rare que tous les enfants soient atteints de psoriasis; il n'y en a d'ordinaire que un, deux ou trois qui en soient affectés, et, dans tous les cas où l'on a retrouvé chez les parents des antécédents de syphilis, les enfants qui sont devenus psoriasiques ont toujours été les plus âgés ou bien ceux qui sont nés à l'époque la plus rapprochée de l'infection paternelle ou maternelle.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans sa trop longue discussion; ajoutons seulement qu'il est convaincu de la possibilité de guérir le psoriasis, quand on le traite méthodiquement dès les premières atteintes, et qu'il conseille d'employer chez les jeunes psoriasiques non plus l'arsenic seul, mais l'arsenic combiné au mercure.

Digitized by Google

Nous n'avons pas besoin de dire que la théorie du Dr Taylor a été unanimement combattue au Congrès de l'association dermatologique américaine. Hardaway a rappelé que les psoriasiques engendraient fréquemment des psoriasiques, et que cette affection pouvait débuter fort tard dans la vie. Duhring, faisant un rapide parallèle entre le psoriasis et la syphilis, a montré que les deux affections n'avaient aucun point de ressemblance. Robinson a fait remarquer qu'il n'y a pas plus de syphilitiques parmi les parents des psoriasiques que parmi les parents des malades qui sont atteints d'autres affections cutanées. Enfin les Drs Piffard, Rohé, Heitzmann, Hyde ont parlé dans le même sens et ont montré qu'un psoriasique pouvait fort bien prendre la syphilis et qu'on pouvait observer chez lui à la fois les deux affections dont les manifestations cutanées sont le plus souvent assez faciles à distinguer.

Nous ne pouvons pour notre part qu'approuver cette réfutation de la théorie de Taylor qui semble n'avoir aucune chance d'être adoptée dans le nouveau monde. Toutefois la question des rapports qui peuvent exister entre le psoriasis et la syphilis a été soulevée de nouveau en Amérique à un autre point de vue, à propos du psoriasis palmaire.

X à XII. — On sait combien l'existence d'un psoriasis palmaire vrai a été discutée ; de nos jours encore quelques dermatologistes ne veulent pas admettre qu'une lésion psoriasiforme absolument et strictement localisée à la paume des mains puisse être du psoriasis vrai; et ils en font soit de l'eczéma, soit une syphilide. Cependant la possibilité de cette localisation du psoriasis, malgré son extrême rareté, nous semble être démontrée à l'heure actuelle. Elle est admise également par quelques auteurs américains, en particulier par Alexander (IX), Morrow, Graham, Bulkley, qui viennent d'en publier plusieurs cas fort intéressants : mais elle est vivement discutée par plusieurs autres dermatologistes du même pays, en tête desquels nous devons placer les Drs Taylor et Sherwell. Ce dernier, dans les diverses discussions qui ont eu lieu à ce sujet, a émis et soutenu l'idée qu'en dehors de l'eczéma toute éruption squameuse qui envahit la paume des mains, a toujours pour cause première une diathèse syphilitique acquise ou héréditaire. Il ne veut pas dire pour cela que les sujets qui présentent du psoriasis palmaire ne puissent pas être des psoriasiques vrais, mais, d'après lui, ils sont en même temps entachés à un degré quelconque de syphilis. Dès qu'un psoriasique prend la syphilis on le voit en effet souvent présenter du psoriasis palmaire, alors qu'il n'en avait jamais eu avant d'avoir été infecté. Aussi croit-il qu'on doit, lorsqu'on a à soigner une éruption de ce genre, employer la solution de Donovan (solution iodo-arsénico-mercurielle) et non la liqueur de Fowler. Cette question est d'une telle difficulté que nous nous abstiendrons de

Digitized by Google

toute réflexion nouvelle ; ce n'est en effet qu'en publiant des observations précises qu'on peut contribuer à élucider ce point de doctrine.

XIII. — J.-Mc Garel, Irlandais, âgé de 28 ans, est atteint depuis six ans d'un psoriasis qui a débuté par la région présternale. Après avoir été plusieurs fois traité, il rentre de nouveau à l'hôpital pour une éruption psoriasique presque généralisée. On le fait frotter avec de la teinture de savon d'Hebra, mais on lui fait sur le devant de la poitrine, là où l'éruption a son maximum d'intensité, des applications avec un liniment iodé; chaque jour on en badigeonne une petite plaque. Au bout de quelque temps on voit apparaître sur les régions présternale et épigastrique de petites tumeurs kéloïdiennes au nombre de 9, de 6 millimètres à 1 ou 2 millimètres environ de diamètre, surélevées sur les parties voisines et développées sur le bord des plaques de psoriasis.

Ce ne pouvait être l'action caustique de l'iode qui en avait déterminé la formation, puisqu'il y en avait qui s'étaient développées sur des plaques où l'on n'avait pas fait d'applications iodées.

Ce cas nous paraît fort étrange, et, malgré l'assertion de l'auteur irlandais, nous ne pouvons nous empêcher de rapporter l'apparition de ces tumeurs kéloïdiennes à l'action caustique du médicament employé.

XIV. — Nous n'avons pas l'intention de donner une analyse détaillée du mémoire du dermatologiste américain, car il ne nous semble être qu'un excellent résumé de tout ce que nous connaissons sur l'emploi de l'acide chrysophanique et de l'acide pyrogallique dans le psoriasis. Nous ne voulons insister que sur un point tout particulier.

Le Dr Morrow ayant dit que l'acide chrysophanique n'agissait sans doute que localement et en vertu de ses propriétés irritantes, plusieurs dermatologistes ont protesté à la Société de dermatologie de New-York. Le Dr Bulkley a rappelé que quelques auteurs ont obtenu de bons effets en administrant dans le psoriasis, à l'intérieur, de l'acide chrysophanique, soit en pilules, soit en poudre, et à d'assez fortes doses. Les Drs Robinson et Piffard ont émis également l'opinion que ce médicament exerce une action réelle sur l'état général : le Dr Bronson a dit avoir vu des cas où des applications assez limitées de cette substance en quelques points du corps avaient guéri des plaques de psoriasis qui n'avaient jamais été directement traitées ; il a même ajouté qu'il n'était pas besoin d'enlever les squames des plaques pour voir agir ce médicament, et que son application sur la peau saine située entre les plaques hâte beaucoup la guérison.

Dans un cas (Charteris) on n'appliqua de l'acide chrysophanique que

Digitized by Google

sur une moitié du corps en ayant soin d'envelopper de flanelle l'autre moitié ; au bout de deux ou trois semaines de traitement on enleva la flanelle et l'on constata que les plaques situées du côté non traité étaient fort améliorées.

Dans un article récent (*The medical Age*, 10 mai 1883, n° 9, p. 141), le Dr Carrier de Détroit est encore allé beaucoup plus loin, puisqu'il a prétendu que pour guérir le psoriasis du cuir chevelu et de la face, il se contentait de faire des applications d'acide chrysophanique sur une partie quelconque du corps, saine ou non, recouverte de vêtements. Pour démontrer la réalité de l'action que ce médicament exerce à distance sur le psoriasis, cet auteur cite le fait suivant :

Mrs B.., irlandaise, d'une excellente santé, était atteinte de psoriasis des épaules, des deux bras et des poignets. On supprima tout traitement interne et on fit des applications d'acide chrysophanique sur le bras gauche. Au bout de trois semaines, ce bras était presque entièrement guéri, mais le bras droit était également fort amélioré, bien qu'on n'eût pas fait sur lui d'applications directes.

Ces propriétés remarquables de l'acide chrysophanique sont bien loin d'être admises par tous les dermatologistes, même en Amérique, et, avant de les accepter, nous réclamerions un plus grand nombre de faits plus précis et mieux observés.

Quant à l'efficacité de ce médicament pris à l'intérieur, elle nous semble des plus contestables, ainsi qu'on peut s'en convaincre en lisant un article du Dr Cauty à ce sujet (V. *The Lancet*, décembre 1882, p. 935). Cet auteur a en effet traité sans succès trois cas de psoriasis par la chrysarobine à l'intérieur, et il croit qu'on n'a obtenu de résultats positifs avec cette substance que grâce aux purgations continuelles qu'elle détermine, car elle est d'ordinaire très mal tolérée. Tout autre drastique violent produirait, nous le savons, le même effet. L. B.

XV. — De la contagion de la lèpre, par le Dr J.-C. White. (*American Journal of medical sciences*. Octobre 1882.)

XVI. — De l'éléphantiasis des grecs, par le Dr Sturgis. (*Journal of cutaneous and venereal diseases*. Mars 1883, p. 180.)

XVII. — Cas de lèpre maculeuse, par le Dr Fox. (*Ibid*. Avril 1883, p. 209.)

XVIII. — La lèpre dans les États-Unis, par le Dr Piffard. (*Ibid*. Juillet 1883, p. 289.)

Digitized by Google

XIX. — Cas de lèpre maculeuse et tuberculeuse, par le Dr Sherwell. (*Ibid.*, p. 307.)

XX. — La lèpre dans le Nouveau-Brunswick, par les Drs G.-H. Fox et Graham. (*American dermatological association*, 29 août 1883.)

XXI. — Du bacille de la lèpre, par le Dr G. Thin. (*The Lancet*, 16 juin 1883.)

XXII. — La lèpre dans les iles Havaii, par J.-R. Tyson. (*The American Journal of sciences*, avril 1883, p. 443.)

XXIII. — Cas de lèpre tuberculeuse, par W.-J. Tyson. (*British medic. Journal*, 5 mai 1883, p. 866.)

XXIV. — De l'ulcère de Delhi (*The Delhi or oriental sore*), par le Dr Murray. (*British med. Journal*, 14 avril 1883.)

Après avoir été considérée pendant de longues années comme contagieuse, dans l'antiquité et le moyen âge, la lèpre n'a plus été regardée de nos jours, par un grand nombre de médecins, que comme une affection peut-être héréditaire, endémique dans certaines contrées, mais à coup sûr non inoculable, non infectieuse. Ainsi que l'ont si bien dit MM. Doyon et Besnier dans leurs annotations de l'ouvrage de Kaposi (1881), il ne faudrait plus, à l'heure actuelle, être trop catégorique sur une question aussi difficile. Beaucoup de faits isolés semblent, en effet, prouver que la lèpre n'est pas aussi inoffensive qu'on le croit généralement. Alors qu'elle ravageait l'Europe entière, à l'époque des croisades, alors que l'on comptait 19,000 léproseries dans toute la chrétienté et 2,000 dans les Gaules seules, on croyait si bien à la nature contagieuse de cette affection, qu'on avait fait des lépreux de véritables parias, leur interdisant la vie commune, les relations de famille, le mariage, les internant soit dans des léproseries, soit dans des demeures isolées et dont on ne pouvait s'approcher. Il aurait été fort étrange que des mesures aussi rigoureuses d'isolement, ou mieux de séquestration, n'eussent reposé sur aucun fondement sérieux. Quoi qu'il en soit, il n'en est pas moins vrai que c'est sans doute à ces prescriptions que nous devons la quasi-disparition de la lèpre de notre pays. Depuis longtemps déjà, nous ne connaissons cette maladie que par ouï-dire, et par quelques lépreux qui viennent de temps en temps, de contrées lointaines, se faire traiter à Paris. Ils n'ont jamais, il faut bien le reconnaître, créé en France de foyers d'infection lépreuse; mais ne sont-ils pas constamment soignés, et les personnes qui les entourent s'exposent-elles vraiment à la contagion, ou mieux à l'inoculation? Leur prétendue immunité ne saurait donc être un argument sérieux contre l'inoculabilité de la lèpre. D'autre

Digitized by Google

part, ce qui se passe depuis quelque temps déjà, dans certaines contrées, semblerait prouver que cette affection est réellement contagieuse et inoculable. Nous avons déjà donné dans ce journal un compte rendu de l'épidémie des îles Sandwich; on sait que cet archipel ne comptait pas, en 1848, un seul lépreux : à cette époque, un Chinois atteint de lèpre vint s'y installer; quelques années plus tard, quelques indigènes qui habitaient près de lui devinrent lépreux; ils se dispersèrent alors, et on put les suivre en quelque sorte à la trace, chacun créant des foyers d'infection aux endroits où ils s'établissaient. Bref, les statistiques les plus récentes montrent qu'actuellement le nombre des lépreux s'élève, dans ce malheureux pays, au moins à 2,000, c'est-à-dire que le vingtième de la population est atteint. On essaie en ce moment d'enrayer le fléau; on a construit des léproseries à Honolulu, dans l'île de Molokaï; on a promulgué des lois forçant tous les lépreux à venir s'y faire soigner. (Voir *American Journal of the medical sciences*, avril 1883, p. 43.) Malheureusement, il est fort difficile de vaincre l'apathie et la mauvaise volonté des habitants, et quelques-uns d'entre eux, pour éviter de se soumettre à ces dispositions qu'ils trouvent trop rigoureuses, se réfugient dans d'autres contrées où ils espèrent pouvoir vivre encore de la vie commune. Les laissera-t-on faire? Ne serait-il pas prudent de les séquestrer dans ces nouvelles régions qu'ils vont peut-être infecter? Telle est la question qui se pose en ce moment aux États-Unis d'Amérique.

XV. — Depuis quelque temps, en effet, les médecins de ce pays sont effrayés de l'extension que semble prendre la lèpre. Ils ont été frappés de la voir se développer sur divers points du nouveau continent qui étaient autrefois indemnes. Il y en a actuellement dans la Louisiane, dans la Caroline du Sud; les Chinois l'ont importée à San-Francisco, dans la Californie et l'Orégon, comme ils l'ont importée aux îles Sandwich, et les Norvégiens dans le Minnesota et le Wisconsin; voici maintenant les Indiens du nord-ouest qui en sont atteints, et un nouveau foyer d'infection qui se déclare dans le Nouveau-Brunswick. Aussi cet état de choses a-t-il paru assez inquiétant, et le Dr White a cru devoir le signaler tout récemment dans un excellent article. Après avoir rappelé les idées des anciens sur la contagion de la lèpre, l'auteur américain reconnaît que la plupart des médecins ne croient plus en ce moment qu'à l'hérédité de cette affection; nous ne saurions, pour notre part, oublier que cette hérédité attend encore une démonstration rigoureuse et précise. Quant à lui, il ne s'attarde pas à la discuter; mais il avance hardiment qu'héréditaire ou non, la lèpre est à coup sûr contagieuse. Une affection peut, en effet, fort bien être à la fois héréditaire et contagieuse; l'exemple de la syphilis le prouve d'une façon irréfutable. La

Digitized by Google

contagion de la lèpre est, pour le Dr White, victorieusement démontrée par les faits dont nous avons déjà parlé, par les épidémies des îles Sandwich, de la Californie, de la Louisiane, de la Caroline du Sud, du Minnesota, du cap Breton, du Nouveau-Brunswick, etc. Dans ces divers cas, dit-il, la lèpre, dès qu'elle a été introduite dans une agglomération d'individus, s'est étendue avec une telle rapidité qu'il est matériellement impossible qu'elle l'ait fait seulement par l'hérédité. Les malades n'ont pas été atteints suivant les lois de l'hérédité, du climat ou du régime, mais suivant celle des relations intimes de personne à personne. Si la syphilis, ajoute-t-il, n'avait pas d'accident initial et avait une période d'incubation plus longue, serait-il possible, le plus souvent, de savoir comment elle a été prise? Il en est tout à fait de même pour la lèpre. Il est plus que probable que, semblable en cela à la syphilis, cette affection peut être communiquée toutes les fois qu'un liquide ou qu'un produit morbide quelconque, provenant d'une ulcération lépreuse, se trouve mis en contact avec une surface cutanée ou muqueuse excoriée appartenant à une personne saine. Peut-être cependant est-elle moins contagieuse que la vérole? Peut-être le virus lépreux s'inocule-t-il moins facilement que le virus syphilitique? Peut-être les susceptibilités individuelles jouent-elles ici un rôle plus important? Ce serait donc la lèpre tuberculeuse à son stade d'ulcération des tubercules qui serait la forme dangereuse par excellence. Le lépreux qui se trouverait dans cet état devrait réellement être isolé, séquestré, jusqu'au jour où ses ulcérations seraient refermées, ce qu'il est si facile d'obtenir par l'huile de Chaulmoogra, le baume de Gurjun, ou même plus simplement l'huile phéniquée. La lèpre anesthésique, au contraire, pourrait persister pendant des années sans être dangereuse pour les personnes qui approchent du lépreux.— Il serait fort possible d'admettre l'existence d'un virus lépreux agent de l'inoculation de même que l'on a admis l'existence d'un virus syphilitique; mais le Dr White fait remarquer que, depuis la découverte des bacilles dans le tubercule lépreux, la question peut encore être simplifiée, et que tout peut se réduire à la théorie parasitaire de la lèpre. Si, en effet, le bacille est le parasite, l'élément essentiel de cette affection, ce qui est fort probable puisqu'il a été trouvé, d'une manière constante et toujours identique de formes et de réactions chimiques, par les divers histologistes qui l'ont cherché, on comprend bien facilement que ce bacille, se trouvant dans le pus des ulcérations lépreuses, puisse être mis en contact avec une excoriation de la peau d'un individu sain, se développer dans ce milieu, s'il lui est favorable, et contaminer ce sujet. En somme, il se passerait là ce qui se passe dans la tuberculose. Nous ne pouvons cependant nous empêcher de faire remarquer que ces idées, quelque justes qu'elles paraissent, manquent encore de toute espèce de

Digitized by Google

confirmation clinique et surtout expérimentale. On n'a pas encore, que je sache, et, pour ma part, je suis loin de le demander, inoculé à un individu sain du pus provenant d'une ulcération lépreuse; on n'a pas même la ressource de l'expérimentation sur les animaux, ce qui a tant servi à élucider la question de la tuberculose, car on n'a pu jusqu'ici réussir à inoculer la lèpre à un animal : M. le Dr Vidal a inutilement essayé de l'inoculer à des cochons jeunes et adultes; Köbner a vainement tenté de le faire sur des singes, des cobayes, des rats, des souris, des lapins, des pigeons, des anguilles, des tortues, des grenouilles, etc... Toutefois, il faut reconnaître que les arguments du Dr White sont des plus sérieux, et nous approuvons, pour notre part, les sévères mesures prophylactiques qu'il a conseillé de prendre. Il a réclamé la construction d'hôpitaux spécialement affectés aux lépreux, isolés de tout centre populeux, situés même dans des îles afin que la séquestration puisse être plus complète : toute personne, en dehors du service médical, en serait soigneusement écartée. Une loi en rendrait le séjour obligatoire pour tous les malades affectés de la lèpre; ils ne pourraient jamais en sortir, et les peines les plus sévères seraient appliquées contre ceux qui voudraient dissimuler leur mal. Ces dispositions atteindraient tous les cas, sans exception aucune, qu'ils fussent endémiques, sporadiques, importés : cependant, les étrangers auraient le droit de choisir entre le retour dans leur propre pays ou leur internement dans le lazaret. Toute immigration de lépreux serait rigoureusement interdite; quant au mariage, on devrait le leur rendre impossible en avertissant le public du danger qu'il y a à cohabiter avec eux. On voit donc, en somme, que le Dr White propose de mettre les lépreux en quelque sorte hors la loi. Il en revient aux pratiques du moyen âge, tempérées par la science médicale moderne et les soins éclairés que l'on devra prodiguer à ces malheureux dans les lazarets ; nous ne pouvons que l'approuver. Nous demanderons seulement s'il est réellement nécessaire que ces dispositions soient prises pour tous les cas de lèpre sans exception. Certes, nous croyons bien que la lèpre tuberculeuse ulcérée puisse être inoculable, et, par suite, réellement dangereuse. Mais la lèpre maculeuse, mais la lèpre anesthésique le sont-elles également? Jusqu'ici, il nous semble résulter de tout ce qui a été fait de sérieux sur la transmissibilité de la lèpre, que cette affection n'est pas contagieuse comme le sont, par exemple, les fièvres éruptives, mais qu'elle n'est qu'inoculable comme la syphilis. Or, s'il est permis de souhaiter que les syphilitiques atteints d'accidents primitifs et secondaires, contagieux ou mieux inoculables, fussent enfermés dans des lazarets tout comme les lépreux porteurs de tubercules ulcérés, il ne viendra jamais à l'esprit de personne que l'on doive séquestrer les syphilitiques non contagieux et surtout les syphilitiques tertiaires. Les lépreux atteints de lèpre anesthé-

Digitized by Google

sique ou maculeuse ne peuvent-ils pas, au point de vue de la contagion, du moins si l'on admet cette théorie, être assimilés aux syphilitiques tertiaires? On ne doit pas oublier que l'on n'a pu encore trouver de bacille dans ces deux dernières formes de lèpre (voir VIII) : ce qui est bien fait d'ailleurs, disons-le en passant, pour ébranler nos convictions sur la spécificité du bacille que l'on a décrit, ou sur l'identité de nature des trois formes de lèpre qui peuvent néanmoins, comme on le sait, coexister chez le même sujet. Il y a là encore plusieurs inconnues à dégager.

L'article du Dr White a eu beaucoup de retentissement en Amérique. Sauf quelques rares dissidents (voir la discussion du Dr Simmons, Congrès de l'Association dermatologique américaine, 29 août 1883), presque tous les médecins américains ont adopté l'opinion que la lèpre était contagieuse, et, depuis lors, ils n'ont pas cessé de réclamer de leur gouvernement de sévères mesures prophylactiques. Toutes les fois qu'on présente un exemple de cette affection devant la Société dermatologique de New-York, ils ne manquent pas de mettre la discussion sur ce sujet, et nous devons citer, parmi les plus convaincus et les plus ardents, le savant rédacteur du journal américain de dermatologie, le Dr Piffard.

XVI. — C'est ainsi que le Dr Sturgis ayant fait une communication sur 5 cas de lèpre qu'il avait observés, et ayant cru devoir rappeler que, pour les médecins norvégiens, cette affection était héréditaire, que, pour d'autres, elle provenait d'un mauvais régime, en particulier d'une alimentation composée de poisson pourri, le Dr Piffard a pris la parole, et a posé nettement la question de la contagion. Il a rappelé que, depuis 1864, il avait vu environ une trentaine de cas de lèpre. Sur ces trente cas, il n'y en avait eu qu'un seul qui n'eût jamais vécu dans des pays où la lèpre soit endémique, et qui parût n'avoir jamais été en contact avec des individus atteints de cette affection.

Pour lui, il croit que la lèpre est contagieuse, et qu'elle se produit par la pénétration dans le sang ou dans les tissus d'un sujet sain, du sang ou des sécrétions d'un sujet lépreux. Cette inoculation peut s'effectuer par le coït, d'une façon directe ou indirecte, etc. Toutefois, il ne croit pas que le virus lépreux ait la même puissance contaminante que le virus syphilitique. Quant à la contagion par les bacilles, il pense que cette théorie réclame encore de nouvelles recherches, avant qu'on puisse l'accepter d'une manière définitive.

XVII.—Quelque temps après, le Dr Fox a soulevé de nouveau la question de la prophylaxie de la lèpre devant la Société de dermatologie de New-York. Il y a rapporté le cas d'un homme, âgé de 34 ans, originaire des îles Sandwich, et atteint depuis 7 ans de lèpre anesthésique. La

Digitized by Google

maladie avait débuté par une plaque de la grandeur d'une pièce de cinq francs environ, située sur la cuisse gauche; cette plaque devint rapidement anesthésique et prit une marche extensive. Puis survinrent de l'engourdissement et de la tuméfaction de l'index et du médius de la main droite; ces phénomènes gagnèrent bientôt les autres doigts de la main; une grosse bulle se forma sur le médius. Tout récemment, le nez fut pris; des plaques apparurent sur le sourcil gauche, à la région lombaire, entre les épaules, sur le pied droit; enfin, il se forma un abcès vers le bord cubital de la main droite, abcès qui s'ouvrit, et qui, depuis lors, suppure toujours un peu. L'état général est excellent; les plaques sont d'une teinte rouge brunâtre particulière, celle du dos a un bord un peu surélevé et un centre plus pâle.

Les questions que le Dr Fox a posées, à ce propos, à la Société, sont les suivantes : La lèpre est-elle contagieuse? Et, si l'on admet la contagion, un médecin a-t-il le droit, sans encourir un blâme sévère, de laisser libre dans un hôtel un lépreux, même quand il est aussi légèrement atteint que le précédent? Pour le Dr Fox, la lèpre est contagieuse de la même façon que la syphilis; il n'y a donc pas, pour les personnes qui entourent un lépreux, plus de dangers de prendre sa maladie, qu'il y en a, pour celles qui entourent un syphilitique, de prendre la vérole. En réponse aux questions posées par l'auteur précédent, le Dr Sturgis, assez hésitant, répond qu'il conseillerait au lépreux de quitter la ville; mais le Dr Piffard pense qu'il ne faut pas prendre de demi-mesures; il fait remarquer que le nombre des lépreux s'accroît continuellement aux États-Unis; il croit que tout médecin doit signaler des cas pareils au service de santé, et il pense qu'il est du devoir du gouvernement de faire construire un lazaret où l'on forcerait tous les lépreux à venir se faire soigner.

XVIII et XIX. — Pour attirer de nouveau l'attention sur ce point, l'éminent dermatologiste a cru devoir faire paraître, dans le numéro de juillet de son journal, un article où, après avoir donné la description sommaire de quatre cas de lèpre tuberculeuse qu'il observe en ce moment, il insiste sur les divers points de vue que nous venons de mettre en lumière, sur l'extension que la lèpre semble devoir prendre aux États-Unis, sur la nécessité qu'il y a d'adopter les mesures prophylactiques proposées par le Dr White.

XX. — Enfin, tout récemment encore, cette question vient d'être soulevée de nouveau au congrès de l'Association dermatologique américaine : les Drs Graham et Fox y ont donné lecture de la relation d'un voyage qu'ils viennent de faire au Nouveau-Brunswick; le foyer récent de lèpre

Digitized by Google

dont nous avons signalé plus haut l'existence dans cette contrée a déjà pris assez d'extension pour que l'on ait créé un lazaret à Tracadie; les auteurs y ont vu 21 lépreux, qui ne présentaient d'ailleurs rien de bien remarquable, si ce n'est des ulcérations de la voûte palatine et des lésions laryngées assez fréquentes; chez un de ces malades, il y avait même une perforation de la voûte palatine, ce qui fait beaucoup penser à la syphilis. Les deux auteurs concluent que la lèpre semble être héréditaire dans certains cas; qu'à coup sûr, elle se transmet par inoculation. Ils pensent que l'on n'a aucune raison sérieuse de croire à son incurabilité. Déjà, par un traitement convenable, en employant à l'intérieur de fortes doses de noix vomique et à l'extérieur l'huile de Chaulmoogra, on obtient, en Amérique, des rémissions prolongées. Il espèrent qu'on finira par trouver le traitement curatif de cette redoutable affection. Ni eux, ni le Dr Wigglesworth, qui a longtemps étudié la lèpre en Norvège et en Espagne, n'ont vu d'exemple de médecin ou de garde-malade contagionné en soignant les lépreux; mais le Dr Piffard, dans la même séance du Congrès, a cité le cas d'un médecin qui prit la lèpre en soignant des lépreux et qui en mourut. Qu'on nous permette d'ajouter qu'à l'heure actuelle, d'après les recherches des médecins anglais de l'Hindoustan, la meilleure méthode de traitement de la lèpre que l'on connaisse consiste à administrer à l'intérieur de l'huile de Chaulmoogra, à panser les ulcérations lépreuses soit avec du baume de Gurjun, soit avec de l'huile phéniquée, à se servir enfin d'applications d'huile de noix d'acajou pour faire suppurer et disparaître les tubercules non encore ramollis.

XXI. — En présence des nouveaux travaux qui viennent d'être publiés en France sur le bacille de la lèpre, nous croyons assez intéressant de donner une courte analyse des recherches qu'un histologiste anglais du plus grand mérite, le Dr Georges Thin, vient de faire sur la même question. Les pièces que l'auteur a examinées proviennent du Dr Manson d'Amoy, qui lui a fait parvenir des fragments provenant de trois Chinois lépreux, du Dr Hillis de Demerara, qui lui a envoyé des tubercules de lèpre des Indes occidentales, enfin du Dr Maclaurin, de Sydney, qui a recueilli le larynx d'un lépreux mort dans la province de la Nouvelle-Galles du Sud. Dans tous ces cas, l'auteur a trouvé des bacilles de la même forme, de la même grandeur, et disposés de la même façon. Il les a aussi rencontrés dans le sang d'un lépreux de l'Hindoustan : mais il croit qu'ils devaient être primitivement contenus dans une cellule lépreuse rompue qui se voyait dans la préparation. L'auteur est porté à croire que, dans la peau, les bacilles sont toujours situés dans des cellules; on les voit, en effet, presque toujours renfermés dans des cellules lépreuses, ou bien ils sont disposés en groupes qui semblent cor-

Digitized by Google

respondre à des cellules détruites ou cessant d'être visibles par les artifices de préparation. Les plus petites cellules de l'infiltration lépreuse ne dépassent pas le volume des globules blancs du sang; elles contiennent cependant des bacilles. L'auteur a trouvé sur une coupe quelques-unes de ces petites cellules remplies de bacilles, entre les grosses cellules du rete mucosum ; ce fait prouve que la proposition formulée par quelques auteurs, que l'on ne voit jamais de bacilles dans l'épiderme tant qu'il n'y a pas d'ulcération, n'est pas absolue. Il a de plus trouvé, dans un vaisseau lymphatique, un corpuscule lymphatique contenant des bacilles; aussi, ajoute-t-il, est-il probable que les corpuscules lymphatiques sont un des modes de transport du parasite, d'un point du corps à un autre. Le siège de prédilection du parasite dans la peau serait la partie la plus profonde du chorion. Le Dr Thin a, dans d'autres observations encore plus précises, trouvé des bacilles lépreux à deux reprises dans des vaisseaux sanguins; il a pu, de plus, voir que les bacilles lépreux présentent un certain aspect moniliforme indiquant qu'il s'y produit une formation sporulaire, tout comme dans le bacille de la tuberculose. A ce propos, l'auteur établit un parallèle entre ces deux bacilles et conclut à leur presque identité morphologique : ils auraient les mêmes dimensions, la même forme; ils contiendraient tous les deux des spores; ils seraient sensibles aux mêmes réactifs colorants. Il est curieux de rapprocher ces résultats de ceux obtenus presque à la même époque, quoiqu'un peu plus tard, par M. Babès, qui conclut à une différence morphologique radicale entre le bacille de la tuberculose et celui de la lèpre; ce dernier serait plus grand, plus ondulé, disposé en blocs plus compacts, il serait seul colorable en rouge par le chlorhydrate de rosaniline, etc. L. B.

XXII.— D'après l'auteur, la lèpre devient dans ces îles de plus en plus fréquente. Il y a quelques années, le gouvernement havaiien avait compris qu'il était nécessaire de prendre quelques mesures prophylactiques, aussi fit-il construire un hôpital de lépreux dans l'île Molokaï, où l'on pouvait isoler les malades. Malheureusement les règlements n'ont pas été appliqués avec assez de rigueur, et l'on a permis à beaucoup de lépreux de rester dans leurs familles ; ils y ont constitué autant de foyers d'infection. Comme ils n'allaient à Molokaï qu'avec beaucoup de répugnance, on a tout récemment édifié un hôpital à Honolulu même, et on a invité les lépreux à venir s'y faire traiter. Cet établissement contient actuellement environ 100 lépreux : avec les 800 qui se trouvent à Molokaï, cela ne porte qu'à 900 le nombre de ceux qui sont surveillés, tandis que, d'après les derniers relevés, il y en aurait au moins 2,000 dans le royaume : le vingtième de la population serait donc atteint. Cette énorme proportion, la plus considérable que l'on connaisse, va toujours en aug-

Digitized by Google

mentant. On croit généralement aux îles Havaii que la lèpre y a été apportée de Chine, il y a environ quarante ans, et, depuis cette époque, elle a pris une extension de plus en plus grande. Ce fait remarquable ne s'explique que bien difficilement, si l'on admet que cette affection n'est pas contagieuse, ou qu'elle ne l'est qu'à un faible degré : des villages entiers ont été contagionnés par un seul malade qui y a apporté le germe infectieux. Des personnes saines ont été atteintes après avoir cohabité avec des lépreux : il est vrai qu'elles y étaient, en quelque sorte, prédisposées par un régime débilitant, par une alimentation composée presque exclusivement de poisson cru ou de varech, par le manque absolu de soins hygiéniques, enfin par des antécédents de syphilis, et un affaiblissement marqué de la santé générale.

Les formes tuberculeuses, anesthésiques et mutilantes classiques s'observent à Honolulu. Les malades sont assez bien soignés dans les hôpitaux ; cependant le système actuel est encore très défectueux, et, si le gouvernement havaiien ne prend pas de mesures énergiques, on peut prédire d'une manière certaine que dans peu de temps toute la population indigène aura disparu. L. B.

XXIII. — Le malade est un jeune homme âgé de 16 ans, qui est né en Irlande, mais qui a habité les Indes orientales depuis l'âge de deux mois jusqu'à l'âge de six ans, puis il est revenu se fixer définitivement dans son pays natal. Son état de santé est resté parfait jusqu'à l'âge de 14 ans, époque à laquelle la maladie actuelle a commencé à se développer. Il est fort et bien constitué ; il a quatre pieds huit pouces et demi de haut ; ses cheveux sont rouges et ses yeux bleus ; l'intelligence est conservée, la face est léontiasique, la peau douce au toucher, épaisse et d'un rouge brun : sur le menton, il présente une demi-douzaine de tubercules dont la grosseur varie de celle d'un grain de moutarde à celle d'un pois. Sur la partie antérieure et postérieure du tronc se voient des plaques irrégulières d'un brun jaunâtre. Les viscères paraissent être sains ; il n'y a pas d'albumine dans l'urine. On remarque au-dessous de la fesse droite une plaque de tubercules aplatis, et sur l'olécrâne gauche une masse un peu molle, de la grosseur d'une demi-noix. Les mains sont froides d'ordinaire, la peau y est épaissie ; il y a quelques tubercules autour des poignets. La voix est rauque, mais ce symptôme n'existe que depuis peu. Il n'y a pas de plaques d'anesthésie cutanée ; le régime du malade ne semble pas avoir été bien anormal ; il n'a aucun antécédent de syphilis, de tuberculose, ou d'affection nerveuse. L. B.

XIV. — Avant l'insurrection Hindoue de 1857-58, l'ulcère de Delhi avait peu attiré l'attention des médecins. Mais, après 1858, les troupes qui se

Digitized by Google

trouvaient en garnison à Delhi furent très éprouvées par cette affection. Beaucoup de soldats furent obligés d'entrer dans les hôpitaux; près de la moitié de l'effectif en fut atteinte assez légèrement pour être traitée au dehors. Il n'y eut que deux ou trois cas de mort; mais la maladie était des plus ennuyeuses : lorsque les ulcères étaient très-larges ou situés près des articulations, ils rendaient les hommes impropres au service; quand ils siégeaient à la face, ils les défiguraient et en faisaient des objets de dégoût.

Enfin, en 1865, le gouvernement des Indes nomma, pour étudier cette affection, une commission que présidait le docteur Murray. Voici les résultats auxquels elle arriva :

L'ulcère de Delhi se montre sur les parties découvertes du corps; au début, il a la forme d'un petit bouton semblable à celui qui se produit après une piqûre de moustique : il reste dans cet état pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines, parfois même pendant des mois; puis il s'accroît lentement; il se fait à son sommet un suintement de liquide séreux qui se détache et forme une croûte arrondie de plus en plus large et épaisse.

Lorsqu'on enlève cette croûte, on trouve, au-dessous, une ulcération indolente, à bords peu nets, présentant à son centre des sortes de granulations lobulées, semblables à des framboises quand le sujet est sain, plus pâles et plus bleuâtres chez les sujets cachectiques. Lorsque ces ulcérations sont fort larges, on peut, dans certains cas, voir se former au centre une cicatrice. Après la guérison, il reste toujours une cicatrice déprimée.

Cette affection dure de six mois à deux ans; elle peut persister encore plus longtemps lorsqu'elle se complique de lèpre, de syphilis secondaire, de fièvres miasmatiques ou d'un état cachectique.

L'ulcère de Delhi (*Delhi sore*), le *yaws* des Indes occidentales, le *parange* de Ceylan, le *bouton* d'Alep ou de Biskra, paraissent être des affections identiques.

L'ulcère de Delhi est endémique à Delhi, à Mooltan et à Lahore; il n'affecte que les personnes qui habitent dans l'intérieur même de ces villes.

Après de patientes recherches, la commission anglaise crut pouvoir conclure que le *Delhi sore* est une maladie cutanée d'origine parasitaire, et que le parasite est contenu dans les eaux impures des puits des villes hindoues.

En nettoyant les puits de Delhi, on retira de l'un d'eux, près du Zeeunt Musjid, une grande quantité d'ossements. Ces puits n'avaient probablement pas été nettoyés depuis des siècles. Presque tous les chiens de Delhi avaient des ulcères au museau et rien sur le reste du corps.

Digitized by Google

La commission inocula six indigènes avec les liquides d'un ulcère récent. Au troisième jour de l'inoculation, vingt-trois piqûres, sur les vingt-quatre qui avaient été faites, avaient pris un aspect semblable à celui de la vaccine. Ces lésions augmentèrent jusqu'au dixième jour ; on en arrêta alors la marche par des applications caustiques chez quatre sujets, et on les laissa évoluer chez les deux autres.

L'ulcère de Delhi est donc inoculable.

Quant au traitement, la commission recommande d'éviter de se servir d'une eau impure ou de la faire bouillir, et de nettoyer les puits tous les ans; localement, elle prescrit de faire, au début, des cautérisations avec le cautère actuel, et d'employer plus tard les caustiques : potasse, acide nitrique ou phénique, etc.

Après avoir détruit la lésion spécifique, on lave la plaie avec une solution faible d'acide phénique, et on fait un pansement simple. L. B.

Digitized by Google

REVUE DE VÉNÉOROLOGIE.

DE L'ATTÉNUATION DU VIRUS DU CHANCRE SIMPLE PAR LA CHALEUR.

I. — Communication de M. Aubert (chirurgien de l'Antiquaille) à la *Société médicale de Lyon* (mars 1883) publiée dans le *Lyon médical* du 18 mars 1883.

II. — Communication de M. Aubert à la *Société médicale de Lyon* (séance du 16 avril 1883).

III. — Discussion sur la communication de M. Aubert, relative au chauffage du virus chancrelleux, par Diday (*Soc. méd. de Lyon*, séance du 23 avril 1883).

IV. — La chaleur et le chancre simple, mémoire de M. Aubert, dans le *Lyon médical* du 12 août 1883.

V. — La chaleur et le chancre simple. Réplique de M. Aubert à M. Diday dans le *Lyon médical* du 2 septembre 1883.

I. — Il résulte d'expériences faites par M. Aubert, que le virus du chancre simple perd ses propriétés contaminatrices lorsqu'on le maintient pendant 12 heures à la température de 42 ou 43 degrés.

On trouvera plus bas le résumé du mémoire important de M. Aubert, où sont exposées ses expériences et les déductions qu'il en tire.

II. — M. Aubert présente à la *Société médicale de Lyon* un malade porteur de deux chancres simples, compliqués de deux bubons. Les auto-inoculations des liquides chancreux chauffés et non chauffés sont restés sans résultats. Mais on s'est rendu bien vite compte de ces insuccès. Le même jour le malade était pris d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui portait sa température aux environs de 40°. Après la chute de la fièvre, le liquide chancreux chauffé est resté sans résultat. Non chauffé il a reproduit la pustule caractéristique. La fièvre a donc agi, comme agit le chauffage direct du virus.

Au lieu d'ouvrir les bubons de son malade, M. Aubert les a ponctionnés à l'aide d'un trocart fin, et la guérison a été rapide. Il attribue ce résultat à la persistance d'une haute température celle-ci plus élevée dans une cavité close comme l'est un bubon ponctionné que dans une cavité ouverte comme l'est un bubon largement incisé.

III.— M. Diday discute les faits qu'avance M. Aubert, et lui adresse plusieurs objections. Si la température du bubon, qui est environ 1 degré

Digitized by Google

plus élevée que celle de la verge, a la propriété de convertir en pus simple le pus virulent d'un bubon ponctionné, comment se fait-il que cette même cause n'empêche pas la formation de pus chancreux avant la ponction? Le diagnostic différentiel de l'adénite simple inflammatoire et de l'adénite chancreuse est très difficile, et il est probable que M. Aubert a eu affaire à la première.

Mais en admettant l'influence curative de la température du foyer du bubon, pourquoi la solution de continuité des téguments due au trocart, n'est-elle pas devenue chancreuse? Il n'y avait pas en ce point surélévation de la température, puisque cette petite plaie était forcément superficielle, et par suite froide.

IV. — M. Aubert se croit en droit de formuler une doctrine sur cette intéressante question. Il a pour base un nombre suffisant d'inoculations comparatives de virus chancreux chauffé et non chauffé.

En voici les résultats :

Le virus chancreux porté à la température de 42 ou 43° perd ses propriétés virulentes après vingt-quatre heures. M. Aubert a vu qu'on pouvait réduire la durée du chauffage, et qu'une heure suffisait dans les mêmes conditions de température pour amener un résultat identique. A la température de 38 à 38°5, la destruction du virus s'effectue en seize ou dix-huit heures.

D'après cela, on peut conclure que la sensibilité du virus chancreux à la chaleur est la cause de sa non-pénétration dans l'économie, puisque pour le détruire, il suffit de l'action prolongée pendant quelques heures, d'une température égale à celle du corps.

Du reste, le chauffage d'un liquide chancreux amène des modifications histologiques dans ses éléments. Le microscope permet de constater la disparition des globules purulents, remplacés par un simple détritus granuleux rempli de bulles gazeuses.

M. Aubert aborde plusieurs questions cliniques, qui d'après lui, donnent une pleine confirmation à sa doctrine.

1° Le chancre du col de l'utérus ne se complique jamais de bubon des ganglions pelviens. Pourquoi? Parce que la température est plus élevée au niveau du col utérin.

2° Les bubons chancreux siègent (comme l'a signalé, le premier, Hunter) exclusivement dans les ganglions les plus superficiels.

La température y est en effet moins élevée que dans les profonds.

3° Le chancre du col utérin évolue rapidement, et sa transformation peut s'opérer du jour au lendemain. La raison en est la température de cette région.

4° Pourquoi le chancre anal se limite-t-il à la marge de l'anus? Parce que la température y est plus basse qu'au dessus du sphincter.

5° Les bubons purement inflammatoires (dans le cas de chancres non infectants) sont aussi nombreux, ou à peu près, que les bubons chancreux. Si le malade est fébricitant, le bubon est inflammatoire, sinon il est chancreux. Le bubon peut même être chancreux au début, et devenir inflammatoire plus tard, par le fait d'une hyperthermie fébrile.

6° Dans le rôle curateur de l'érysipèle par rapport au phagédénisme, ne voit-on pas le fait d'une influence calorifique

M. Aubert cite l'exemple d'un malade porteur d'un chancre préputial.

L'auto-inoculation reste infructueuse, et l'explication en est donnée par un

Digitized by Google

rhumatisme articulaire aigu qui éclate le jour même, et porte à 40° la température du patient. Après la chute de la fièvre l'inoculation réussit.

7° Si la gangrène a une action curative sur le chancre, c'est grâce à l'hyperthermie consécutive.

8° Les différences de température des diverses régions du corps expliquent pourquoi les inoculations varient dans leurs résultats suivant le point où on les pratique.

A la face, les chancres sont petits et guérissent vite. La circulation y est active. A ce facteur il faut en joindre un autre : la situation élevée. Sur le tronc les chancres évoluent de même, surtout au-dessus de l'ombilic région plus élevée que l'hypogastre et les fosses iliaques. Sur les membres, les chancres sont très étendus, et de longue durée, parce que la température est basse. Au niveau des membres inférieurs, les chancres sont plus rebelles, parce qu'à la condition précédente s'ajoute la déclivité.

En thérapeutique, on doit imiter l'érysipèle, qui amène une fièvre générale et locale.

Le surchauffage local des chancres a déjà donné des résultats. (Benott, de Montpellier (sachets de sable chaud), — Hans von Hebra (bains tièdes). — Simmons, de Yokohama (bains chauds). — M. Aubert donne la préférence aux demi-bains chauds (40 à 42°) prolongés durant des heures. La température centrale s'élèverait par ce moyen à 39° et un bubon chancreux pourrait être transformé en bubon simple et guérir rapidement après une simple ponction.

V. — M. Aubert ne se tient pas pour battu. Il reprend les principales objections de M. Diday.

Le pus contenu dans un tube, ne peut pas être comparé à celui qui séjourne à la surface d'un ulcère chancreux. Dans le tube en effet, il se trouve à l'abri du contact de l'oxygène de l'air, et en présence de gaz putrides développés dans cet espace clos, par la chaleur. En outre, dans ces conditions expérimentales l'aliment manque à ce virus essentiellement rongeur, phagédénique. Les conditions sont donc toutes différentes, et expliquent pourquoi la chaleur ne détruit pas la sécrétion virulente elle-même, tout en neutralisant la virulence du liquide isolé.

Le chancre vit peu il est vrai, mais en somme vit sur le col utérin, alors qu'on ne l'a jamais vu dans les ganglions pelviens. S'il est vrai que l'abri du contact de l'air, l'absence d'irritations ont une action sur sa marche rapide, il n'en reste pas moins certain que c'est à la température locale seule qu'on doit rapporter cette particularité clinique.

On n'a jamais vu de bubon des ganglions pelviens, et cependant le trajet des lymphatiques qui vont du col à ceux-ci est direct et court. On ne peut donc appliquer ici la théorie de Ricord sur la localisation exclusive du bubon au premier ganglion qui reçoit la matière virulente.

M. Aubert persiste à affirmer qu'un bubon, chancreux d'abord, peut être rendu inflammatoire non virulent par le fait du développement de la fièvre. Si les résultats de cette métamorphose varient, c'est qu'ici, comme dans toutes les maladies, la fièvre revêt des aspects très différents.

Voici comment on peut concevoir la doctrine de Ricord relative à la différence de virulence qui existe entre le pus périganglionnaire et le pus ganglionnaire.

Digitized by Google

Les microbes sont portés dans le ganglion par les lymphatiques. Ils sortent des vaisseaux par diapédèse et créent un foyer d'infection d'abord intra-ganglionnaire, qui peut, par extenston progressive gagner la périphérie de la glande lymphatique. Le centre du ganglion est donc d'abord virulent, tandis que la périphérie ne l'est pas. Cette explication confirme les idées de Conheim sur la diapédèse. Un tel bubon est bien chancreux. Mais il ne le sera plus quand tous les microbes seront tués. Quand il se fait l'avocat du froid, M. Diday se trompe, car Jullien a pu porter à 12° du virus chancreux sans lui enlever ses propriétés. Lorsqu'il dit que le chancre devrait être fréquent à la face, dans les vaisseaux lymphatiques, rare dans le phimosis, il confond deux choses : les conditions d'inoculabilité dans chaque région, et l'évolution ultérieure du virus inoculé. Pourquoi le chancre du vagin est-il rare ? Parce que la muqueuse y est revêtue d'un épithélium stratifié épais, tandis que le col utérin est la plupart du temps érodé. Quant aux vaisseaux lymphatiques, le pus n'y séjourne pas, il ne fait que les parcourir. La température prise au fond d'un phimosis n'est que de 37,5 à 38. Ce n'est donc pas un foyer calorique excessif.

M. Aubert reproche à M. Diday de se contredire relativement à la durée du chancre non infectant. En effet, dans son « Péril vénérien dans les familles », M. Diday dit qu'on ne doit pas s'engager à livrer le malade guéri avant quatre mois, si on a en vue les complications si fréquemment consécutives au chancre. Maintenant il ne lui donne que six semaines de durée. M. Aubert ne demande que quinze jours.

Relativement à l'herpès qui survient dans les cas de chancres cautérisés, M. Aubert fait observer que la chaleur n'est pas un caustique.

Enfin, en terminant, il soutient contre M. Diday qu'on peut augmenter la température générale d'un malade et la maintenir à 39°5 pendant dix heures à l'aide d'un demi-bain à 40°. C'est ce qu'il a fait malgré l'imperfection de ses appareils.

P. HAMONIC.

Le Gérant : G. MASSON.

Société d'imprimerie Paul Dupont. Paris, 41, rue J.-J.-Rousseau (Cl.) 73.12.83.

Digitized by Google

TABLE PAR NOMS DES AUTEURS

Des MÉMOIRES ORIGINAUX, des Travaux publiés sous le titre de : RECUEIL DE FAITS et de REVUES GÉNÉRALES OU CRITIQUES.

Pages.

Arnozan (X.) et Prioleau. Sur les dermatofibromes congénitaux généralisés 689
Aubert (P.). Le traitement du lupus à l'Antiquaille 123
Balzer (F.). De l'érythrasma (Microsporon minutissimum). 681
Barthélemy (T.). Lésions de l'épiderme des mains et des pieds symptomatiques de troubles trophiques consécutifs à une dermatite exfoliatrice probable 151
Barthélemy (T.). Observation de syphilis héréditaire tardive 437
Behrend (G.). La soi-disant loi de Colles est-elle une loi ou non ? . 71
Besnier (Ernest). Des gommes scrofuleuses. 257
Besnier (Ernest). Le lupus et son traitement. 377
Bottey. Note sur l'emploi de l'acide pyrogallique dans le traitement des chancres et des bubons chancreux. 432
Brocq (L.). Observation de syphilis héréditaire tardive. Sarcocèle, gommes de la langue. 287
Brocq (L.). Observation d'érythème scarlatiniforme desquamatif. . . 333
Brocq (L.). Observation de bouton de Biskra. 527
Brocq (L.). A propos du traitement du phagédénisme du chancre simple par l'acide pyrogallique 591
Brocq (L.). Observation de nævus verruqueux unilatéral 596
Chambard (Ernest). Contribution à l'étude de la transformation cancéreuse des néoplasmes bénins de la peau. 61
Chambard (Ernest). Lichen hypertrophique et nigritie. 511
Chambard (Ernest) et Gouilloud. Nouvelle contribution à l'étude des transformations des tumeurs congénitales de la peau. Myome xanthomateux développé dans un molluscum. 660
Diday et Doyon. La lettre et l'esprit de la loi de Colles. 79
Doncieux (G.). Doit-on écrire Jacques de Bethencourt ou Jacques d'Abéthencourt 41
Doyon (A.). Voyez Diday et Doyon.
Doyon (A.). Notice nécrologique sur R.-V. Sigmund 121

Digitized by Google

Pages.
Doyon (A.). Du mode d'enseignement de la dermato-syphiligraphie contemporaine (Vienne, Paris, Lyon) . . . . . 189, 248 et 309
Dreyfous (F.). Observation de syphilis héréditaire tardive. Lésions osseuses multiples 709
Eklund (Fr.). Contribution à l'étude du « lepocolla repens », le champignon élémentaire du psoriasis. 197
Fournier (A.). Syphilis héréditaire tardive, dents syphilitiques . 433 et 561
Guelliot (O.). Des troubles de la sécrétion et de l'excrétion spermatique. 204
Gouilloud. Voyez Chambard et Gouilloud.
Hamonic (P.). De quelques formes cliniques de la blennorrhagie localisée chez la femme. 427
Hervouet. Note sur un cas d'hypertrophie papilliforme du cuir chevelu. 421
Horteloup (P.) et Jullien (L.). Note sur le blennorrhagie et les déviations du processus blennorrhagique 317
Jullien (L.). Voyez Horteloup et Jullien.
Lardier. Trois observations d'urticaire paladique. 213
Lavergne (F.). Note sur un cas de chancre simple (forme papuleuse). 87
Lavergne (F.) et Perrin (L.). Observation type de syphilis héréditaire tardive 442
Leloir (H.) et Perrin (L.). Note à propos de quelques cas de syphilis héréditaire tardive. 135
Lemoine (G.). Note sur une variété de lichen plan (lichen hypertrophique 327
Martin (Hippolyte). Étude critique des opinions diverses qui ont cours dans la science sur l'étiologie et la nature du lupus . . . . . 645 et 699
Merklen (P.) et Verneuil (A.). De l'urticaire paludique. 1
Merklen (P.). Le psoriasis buccal de Bazin. Revue critique. . . 157 et 216
Morel-Lavallée. Observation de chancre syphilitique de l'amygdale. . 39
Perrin (L.). Voyez Lavergne et Perrin; Leloir et Perrin.
Prioleau. Voyez Arnozan et Prioleau
Richardière (Henri). Observation d'érythème scarlatiniforme (8e attaque) 338
Rosolimos. Nature de la blennorrhagie et pathogénie, de ses effets à distance. 20
Rosolimos. Note sur l'histoire de la blennorrhagie. 617
Turner (E.). Jacques d'Abethencourt et non de Béthencourt (Réponse à G. Doncieux) 89
Verneuil (A.). Voyez Merklen et Verneuil.
Vidal (E.). Contribution à l'étude de la tuberculose cutanée (Note additionnelle). 28
Vidal (E.). Du lupus scléreux 414
Vidal (E.). De la maladie de Kaposi (Xeroderma pigmentosum (avec deux planches) 631

Digitized by Google

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX SONT PUBLIÉS OU ANALYSÉS DANS CE VOLUME.

A

Abadie, 241.
Alexander, 719.
Amicis (de), 47, 175, 244.
Anderson (Mac-Call), 669.
Aranjo (Silva), 315.
Arneng, 476.
Arnozan, 689.
Arpal, 243.
Aubert (P.), 123, 737.

B

Babès, 665.
Babinski, 676.
Balzer (P.), 100, 681.
Barduzzi, 680.
Barthélemy (T.), 151, 290, 437.
Beach, 470.
Behrend, 71, 373.
Beiersdorff et Unna, 341.
Besnier (Ernest), 257, 377, 609.
Biart, 719.
Blaise, 181.
Bockhart, 547.
Bottey, 432.
Brame, 665.
Brocq (L.), 90, 287, 333, 527, 591, 596.
Bronson, 470.
Bufalini, 47.
Bulkley, 719.
Butlin, 341.

C

Cadell, 367.
Campana, 615.
Cattani, 47.
Cazin, 350.
Chambard (Ernest), 61, 514, 660.
Chandelux, 105.
Chantemesse, 241.
Chéron, 615.
Clément, 302.
Clutton, 473.
Connor, 361.
Cornil, 453.
Coxwell, 176.
Curtis, 367.

D

Damaschino, 479.
Defontaine, 539.
Déjerine, 104.
Desnos, 676.
Desplats, 676.
Diday, 79, 737.
Doncieux, 41.
Doutrelepont, 453.
Doyon (A.), 79, 121, 189, 248, 309.

Digitized by Google

Dreyfous, 709.
Drouet, 615.
Du Castel, 290.
Duhring, 669.

E

Eklund, 197.
Engel, 302.

F

Fabre, 461, 600.
Faisans (Léon), 290.
Fissiaux et Leblond, 366.
Fournier (A.), 485, 561.
Fox, 231, 726.

G

Geffrier, 446.
Gibert, 350.
Gilles de la Tourette, 609.
Gouguenheim, 609.
Gouilloud, 726.
Graham, 726.
Guelliot (O.), 204, 451.

H

Hallopeau, 461.
Hamilton, 175.
Hamonic, 427.
Harlingen (Van), 341.
Henderson, 302.
Hervouet, 421.
Higgens, 361.
Hoggand (G. et E.), 105.
Horteloup (P.), 317.

J

Jackson, 175.
Joffroy, 175.
Jullien (L.), 317.

K

Kaposi, 29, 47.
Köbner, 279.

L

Landouzy, 600.
Lang, 746.
Lardier, 213.
Lavergne, 87, 442.
Leblond, 366.
Leloir, 135, 453, 665.
Lemoine, 327.
Liebreich, 243.
Lustikow, 547.

M

Magitot, 350.
Mannino, 47, 473.
Martin (H.), 645, 699.
Martineau, 126, 476.
Mathieu (A.), 290, 665.
Méricamp, 539.
Merklen (P.), 1, 157, 216.
Millard, 479.
Morel-Lavallée, 39.
Morrow, 719.
Murray, 726.

O

Oberländer, 609.
Olavide, 341.
Oliver, 531.

P

Pancritius, 302.
Parrot, 350.
Pelizzari, 114, 549.

Digitized by Google

Perrin (L.), 135, 442.
Perrin (M.), 676.
Peters, 231.
Petrone, 547.
Pfeiffer, 453.
Pick, 231.
Piffard, 719, 726.
Pitres, 175.
Prioleau, 689.
Purdon, 719.

Q

Quenu, 105.
Quinquaud, 172.

R

Rames, 241.
Ranvier, 711.
Rasori, 243.
Renaut (J.), 100.
Reverdin (J. et A.), 531.
Richardière (H.), 338.
Rivet (G.), 596.
Rohé, 719.
Rondot, 461.
Roques, 175, 479.
Rosolimos, 20, 617.

S

Schilling, 47.
Seessel, 676.
Semmola, 47.
Sharkey, 241.
Sherwell, 669.
Sims, 366.
Sturgis, 726.
Suchard, 104, 665.
Suckling, 631.

T

Talamon, 461.
Taylor, 719.
Thin, 726.
Troisier, 473, 479.
Tuffier, 461.
Turner, 89.
Tyson, 726.

U

Unna, 42, 341, 711.

V

Verneuil (A.), 1.
Vidal, 28, 366, 414, 621, 665.

W

Wetherill, 60.
White, 726.
Wood, 719.

Digitized by Google

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES DU TOME QUATRIÈME

1883

A

Pages.

Acné (Recherches anatomiques sur l'), par Vidal et Leloir. 665
Acné indurée, généralisée, contagieuse, ayant pour point de départ une acné varioliforme, par Ch. Brame. 665
Amygdale (Voyez chancre syphilitique).
Anthrax (Traitement de l'), par Olavide 341
Ataxie locomotrice (Voyez syphilis de la moelle).

B

Bactéries (Des) dans les maladies vénériennes, par Lustikow 547
Bacilles (Voyez lèpre, lupus).
Blennorrhagie (Note sur l'histoire de la), par Rosolimos 617
Blennorrhagie (Nature de la) et pathogénie de ses effets à distance, par Rosolimos. 20
Blennorrhagie (Note sur la) et les déviations du processus blennorrhagique, par P. Horteloup et L. Jullien 317
Blennorrhagie (Étiologie et pathogénie de la), par Bockhart 547
Blennorrhagie (Nature parasitaire de la), par Petrone. 547
Blennorrhagie localisée chez la femme (Quelques formes cliniques de la), par Hamonic. 427
Blennorrhagie (Traitement de la) par les irrigations d'eau chaude, par Curtis 367
Blennorrhagie (Traitement de la) par l'iodoforme, par Campana . . 615
Bouton de Biskra (Observation de), par L. Brocq 527
Bubon (Voyez chancre).

Digitized by Google

C

Pages.

Cachexie pachydermique (Voyez myxœdème).
Camphrée (Action de la pâte) de Beau dans quelques dermatoses, par Schilling 47
Cancer de la peau du dos avec généralisation aux ganglions de l'aisselle, par Suchard 668
Cancéreuse (Transformation) des néoplasmes bénins de la peau, par Chambard. 63
Chancre simple (Note sur un cas de), par F. Lavergne. 87
Chancre simple phagédénique (Traitement du) par l'acide pyrogallique, par Vidal 366
Chancre simple (Acide pyrogallique dans le traitement du) et des bubons chancreux, par Bottey. 432
Chancre simple (A propos du traitement du phagédénisme du) par l'acide pyrogallique, par L. Brocq. . . . . .
Chancre simple chez la femme (Traitement du) par la résorcine, par Leblond et Fissiaux. 366
Chancre simple (De l'atténuation du virus du), par la chaleur, par Aubert, discussion par Diday. 737
Chancre syphilitique (Voyez syphilis).
Chéloïde survenant après le râclage d'un lupus, par Clutton. 473
Chéloïde survenant sur des plaques de psoriasis, par Purdon. . . . 719
Colles (La loi de) est-elle une loi ou non? par Behrend. 71
Colles (La lettre et l'esprit de la loi de), par Diday et Doyon. . . . 79
Condylomes (Des) et de leur traitement par l'acide phénique, par de Amicis 214

D

D'Abethencourt ou de Béthencourt, par G. Doncieux. 41
D'Abethencourt et non de Béthencourt, par E. Turner. 89
Delhi (De l'ulcère de), par Murray. 726
Dents syphilitiques (Voyez syphilis).
Dermatite exfoliatrice généralisée (Étude critique et clinique), par L. Brocq 90
Dermatite exfoliatrice généralisée (Troubles trophiques consécutifs à une), par T. Barthélemy 151

Digitized by Google

Pages.

Dermatofibromes congénitaux généralisés (Sur les), par X. Arnozan et Prioleau 689
Dermatologie élémentaire, par Barduzzi. 680
Dermatoses (Thérapeutique des) en général, par Semmola. 47
Dermato-syphiligraphie contemporaine (Mode d'enseignement de la), par A. Doyon. . . . . 189-248 et 305

E

Eczema (Considérations sur l'), par Bronson. 470
Eczéma (Styrax dans le traitement de l'), par de Amicis. 47
Eczéma du mamelon (Voyez maladie de Pajet).
Elephantiasis des Grecs, par Sturgis. 725
Elephantiasis des Grecs (Voyez lèpre).
Epiderme (Cellules neuroïdes et musculoïdes de l'), par J. Renaut . 100
Epiderme (Modification et disparition du stratum granulosum de l') dans quelques maladies de la peau, par Suchard. 104
Epiderme (Sur la structure des cellules du corps muqueux de Malpighi), par Ranvier 711
Epiderme (Administration par l') des médicaments à l'état d'oléates . 231
Erythème noueux ébrile et ses complications, par Rondot. 461
Erythème noueux (Complications pleuro-pulmonaires de l'), par Talamon 461
Erythème polymorphe d'Hebra, par P. Fabre 461
Erythème scarlatiniforme desquamatif, par L. Brocq. 333
Erythème scarlatiniforme desquamatif (8e attaque), par H. Richardière. 338
Erythème scarlatiniforme dans le cours d'un rhumatisme articulaire, par Hallopeau et Tuffier 461
Erythrasma (De l') (Microsporon minutissimum), par F. Balzer . . . 681
Eschares (Altération des nerfs cutanés dans les) survenant dans le cours d'affections médullaires et cérébrales, par Déjerine 104

F

Fibromes de la peau (Voyez dermatofibromes).

G

Gélatine médicamenteuse (Emploi de la) dans les affections de la peau, par Pick 231

Digitized by Google

Pages.
élatine glycérinée comme excipient dans le traitement des affections de la peau, par Unna et Beiersdorff. 341
Gommes scrofuleuses (Des), par Ernest Besnier 257
Gommes syphilitiques (Voyez syphilis).

H

Herpès Zoster (Voyez Zoster)
Hypertrophie papilliforme du cuir chevelu (Note sur un cas d'), par Hervouet 421

I

Ichthyose linguale (Voyez psoriasis lingual).
Impetigo contagiosa (Epidémie d'), par Wooster Beach. 470
Iodure de potassium (Voyez syphilis. Traitement).

K

Kaposi (Maladie de) (Voyez xérodermie pigmentaire).
Keratosis lingual (Voyez psoriasis lingual).

L

Ladrerie chez l'homme (Cas de), par Troisier. 473
Langue noire (Cas de), par A. Mathieu. 665
Langue (Acide chromique dans certaines affections de la), par H.-C. Butlin 341
Langue (Psoriasis de la) (Voyez ce mot).
Lecopolla repens (Voyez psoriasis).
Lèpre (Changements du système nerveux dans la), par G. et E. Hoggan. 105
Lèpre (Traitement de la), par C.-T. Peters. 231
Lèpre (Note sur une variété de cellules granuleuses et ses rapports avec la), par Babès 665
Lèpre (De la contagion de la), par White. 725

Digitized by Google

Pages.
Lèpre maculeuse (Cas de), par Fox. 725
Lèpre (La) dans les Etats-Unis, par Piffard. 725
Lèpre (Cas de) maculeuse et tuberculeuse, par Sherwell. 726
Lèpre (La), dans le nouveau Brunswick, par Fox et Graham. 726
Lèpre (Du bacille de la), par G. Thin. 726
Lèpre (La), dans les îles Havaï, par Tyson 726
Lèpre tuberculeuse (Cas de), par Tyson. 726
Lèpre (Voyez élephantiasis des Grecs).
Leucoplakia buccalis (Voyez psoriasis buccal).
Leucoplasie buccale (Voyez psoriasis buccal).
Lichen plan (Note sur une variété de), Lichen hypertrophique, par G. Lemoine 327
Lichen hypertrophique et nigritie, par Ernest Chambard. 511
Lupus (Traitement du) à l'Antiquaille, par P. Aubert. 123
Lupus (Traitement du), par G.-H. Fox. 231
Lupus (Le) et son traitement, par Ernest Besnier. 377
Lupus scléreux (Du), par E. Vidal 414
Lupus de la conjonctive (Bacilles de la tuberculose dans le), par Pfeiffer 453
Lupus (Bacilles de la tuberculose dans le), par Doutrelepont. . . . 453
Lupus (Recherches sur l'inoculation du), par Leloir 453
Lupus (Recherches expérimentales et histologiques sur la nature du), par Cornil et Leloir 453
Lupus (Chéloïde développée à la suite du raclage d'un), par Clutton. 473
Lupus (Etude critique sur les opinions diverses qui ont cours sur l'étiologie et la nature du), par H. Martin. 645-649
Lupus (Note sur une variété de cellules granuleuses et ses rapports avec le), par Babès 665

M

Maladie d'Erasmus Wilson (Voyez dermatite exfoliatrice).
Maladie de Kaposi (Voyez xerodermie pigmentaire).
Maladie de Paget (Diagnostic de la) et de l'eczéma du mamelon, par M. C. Anderson. 669
Maladie de Paget (Cas de), par Sherwell 669
Maladie de Paget ou dermatite papillaire maligne, par Sherwell. . . 669
Maladie de Paget du mamelon (Deux cas de), par A. Duhring. . . . 669
Maladies de la peau (Atlas des), par Silva Aranjo. 315
Maladie de la peau (Traité de), par Behrend. 373
Mercure (Voyez syphilis-traitement).
Microsporon minutissimum (Voyez érythrasma).
Molluscum pendulum et carcinome reticulé, par Ernest Chambard. . 61

Digitized by Google

Pages.
Molluscum papillomateux et épithélioma carcinomateux, par Ernest Chambard. 66
Molluscum (Myome xanthomateux développé dans un), par Chambard et Gouilloud. 663
Mycosis fongoïde d'Alibert, par L. Mannino. 470
Myome xanthomateux (Voyez molluscum).
Myxœdème (Cas de) avec considérations sur l'origine nerveuse de la maladie par Allan M.-L. Hamilton. 175
Myxœdème (Cas d'un enfant présentant des symptômes analogues à ceux du), par Coxwell 176
Myxœdème par extirpation de la thyroïde, par J. et A. Reverdin. . . 531
Myxœdème (Leçon sur le), par Thomas Oliver. 531
Myxœdème (Cas de), par Suckling. 531

N

Nævus verruqueux unilatéral (Observation de), par L. Brocq et Rivet. 596
Naphtol dans le traitement des maladies de la peau, par Kaposi. . . 47
Néoplasmes de la peau (Voyez tumeur).

O

Ongle (Modification des cellules de la matrice et du lit de l'), dans quelques maladies de la peau, par Suchard. 104
Ongle (Chute de l'), des gros orteils chez un malade atteint d'ataxie locomotrice, par Joffroy 175
Ongles (Chute spontanée des) chez les ataxiques, par Pitres. 175
Ongles (Chute spontanée des) chez un ataxique, par Roques. 175
Ongle (Chute spontanée de l') chez un malade non ataxique, par Joffroy 175
Ongle (Lésions de l') dans la pustule variolique sous-unguéale, par Suchard 665
Orchite (Guérison rapide de l'), par un badigeonnage inguinal phéniqué, par Drouet. 615

P

Paget (Maladie de) (Voyez maladie de Paget).
Paludique (Voyez urticaire).
Papillaire (Dermatite maligne. Voyez maladie de Paget).

Digitized by Google

Pages.
Papilliforme (Hypertrophie) du cuir chevelu (Voyez hypertrophie).
Papillomateux (Molluscum). (Voyez molluscum.)
Peau (Anatomie normale de la), par Unna. 711
Peau (Appareils élastiques de la), par Balzer. 100
Peau (Terminaison des nerfs dans la), par Unna. 42
Peau (Anatomie) (Voyez épiderme).
Pemphigus foliacé guéri par les courants continus et induits, par de Amicis. 175
Picrique (Acide) dans le traitement des maladies de la peau, par Bufalini. 47
Psoriasis (Le champignon élémentaire du) (Lepoccolla repens), par Fr. Eklund 197
Psoriasis (Note sur le), par E. Vidal et Leloir 665
Psoriasis aigu après la vaccination (deux cas de), par G.-U. Rohé. . 719
Psoriasis après la vaccination (Cas de), par Piffard. 719
Psoriasis et autres maladies associées à la vaccination, par T. Wood. 719
Psoriasis après la fièvre scarlatine, par C.-M.-G. Biart. 719
Psoriasis (Etiologie du), par Taylor. 719
Psoriasis de la paume des mains, par Bulkley. 719
Psoriasis généralisé affectant la paume des mains, par Morrow . . . 710
Psoriasis affectant la paume des mains, par Alexander 719
Psoriasis (Chéloïde survenant sur des plaques de), par Purdon. . . . 719
Psoriasis (A propos du traitement du) par l'acide pyrogallique et l'acide chrysophanique, par Morrow 719
Psoriasis buccal de Bazin (Le). Revue critique, par P. Merken . 157 et 216
Purpura myélopéthique (Du), par L. Faisans. 290
Purpuras hémorragiques (Essai de nosographie), par A. Mathieu. . . 290
Purpuras (Des diverses espèces de), par Du Castel. 290
Purpuras (Note pour servir à l'histoire des), par Barthélemy. 290

R

Rachitisme (Voyez syphilis héréditaire).
Résorcine dans les maladies cutanées et vénériennes, par Cattini. . . 47
Résorcine dans le traitement de l'épithéliome, par L. Mannino . . . 47
Rhinosclérome (Le), par Celio Pelizzari, avec reproduction des planches 549
Rhinosclérome (Du) et de son traitement, par E. Lang. 746

Digitized by Google

S

Pages.

Sarcomatose générale de la peau (Guérison d'un cas de) par les injection sous-cutanées d'arsenic, par H. Köbner 279
Scrofule (Rapports de la) avec la phtisie pulmonaire, par Quinquaud . 172
Scrofuleuses (Des gommes), par E. Besnier 257
Spermatiques (Des troubles de la sécrétion et de l'excrétion, par O. Guelliot 204
Stomatite épithéliale chronique (Voyez psoriasis buccal).
Styrax liquide dans le traitement de l'eczéma, par de Amicis 47

Syphilis.

Étiologie. — Pathogénie.

La bactéridie de la syphilis. Inoculation de la syphilis aux animaux, par Martineau. 112
Inoculation de la syphilis chez le singe, par Martineau 476
Transmission accidentelle de la syphilis, par Celio Pellizzari. 114
De l'hérédité syphilitique, par Blaise 181
Infection d'une femme enceinte par son mari. Enfant sain infecté par la mère, par Arneng. 476
Réinfection syphilitique au bout de neuf ans, par Arneng. 476
Loi de Colles (Voyez Colles).

Chancres syphilitiques.

Chancre syphilitique de l'amygdale, par Morel Lavallée 39
Excision d'un chancre syphilitique à la 12e heure, par Rasori . . . 243

Syphilis articulaire.

Des arthropathies syphilitiques tertiaires, par Méricamp. 539
Syphilis articulaire, par Defontaine. 539

Syphilis du cerveau et de la moelle.

Affection syphilitique des artères cérébrales, par Sharkey. 241
Artérite syphilitique précoce des artères cérébrales, par Geffrier. . . 446
Syphilis cérébrale, par Chantemesse 241
Paralysie syphilitique du membre inférieur, par Rames 241
Paralysie syphilitique, par Seessel. 676
Trépanation des os du crâne chez un malade atteint d'exostose syphilitique, par M. Perrin 676

Digitized by Google

Pages.
Epilepsie et hémorrhagie méningée chez un syphilitique, par Babinski. 676
L'ataxie locomotrice est-elle d'origine syphilitique ? par Abadie . . . 341
Ataxie locomotrice d'origine syphilitique, par Desplats 676
Ataxie locomotrice d'origine syphilitique, par Desnos. 676
Ataxie locomotrice (Chute des ongles dans l') (Voyez ongles).

Syphilis viscérale.

Gommes syphilitiques du pharynx, par R. Clément. 302
Syphilis pulmonaire, par Engel. 302
Syphilis pulmonaire, par Pancritius. 302
Gommes du cœur, par Henderson 302

Syphilis oculaire.

Syphilis de l'œil et de ses annexes, par Leartus Connor. 261
Gommes de la sclérotique, par A. Higgens 261

Syphilis héréditaire.

Syphilis héréditaire tardive. Dents syphilitiques, par Fournier . . 193 et 561
Syphilis héréditaire tardive (Note à propos de quelques cas de), par Leloir et Perrin 135
Syphilis héréditaire tardive. Sarcocèle syphilitique. Gommes de la langue, par L. Brocq. 280
Hépatite syphilitique des enfants (De l'), par Hugo Engel. 302
Syphilis héréditaire et rachitisme, par Parrot 364
Syphilis héréditaire et rachitisme, par Magitot. 350
Syphilis héréditaire et rachitisme, par Gibert 350
Syphilis héréditaire et rachitisme, par Cazin. 350
Syphilis héréditaire tardive (Observation de), par Barthélemy. . . . 437
Syphilis héréditaire tardive (Observation type), par Lavergne et Perrin. 442
Pseudo-paralysie syphilitique, par Troisier. 479
Pseudo-paralysie syphilitique, par Millard 479
Pseudo-paralysie syphilitique, par Roques 479
Pseudo-paralysie syphilitique, par Damaschino 479

Traitement de la syphilis.

Nouvelle préparation mercurielle contre la syphilis, par Liebreich. . 243
Savon mercuriel, comme succédané de l'onguent mercuriel dans le traitement de la syphilis, par Oberländer 609
Bichromate de potasse dans le traitement de la syphilis, par Arpal . 243
Traitement de la syphilis, par Marion Sims. 366
Traitement de la syphilis à toutes ses périodes par l'iodure de potassium, par Gouguenheim 609

Digitized by Google

Pages.
Des injections sous-cutanées d'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis, par Gilles de la Tourette 609
Des injections sous-cutanées d'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis, par Ernest Besnier 609

T

Teigne tondante (Traitement de la), par A. Van Harlingen. 341
Thèses sur la dermatologie et la syphiligraphie soutenues en 1882. 376-483
Tubercules sous-cutanés douloureux (Des), par Chandelux 105
Tuberculose cutanée (Contribution à l'étude de la), par Vidal. 28
Tuberculose cutanée (Voyez lupus).
Tumeurs (Contribution à l'étude de la transformation cancéreuse des) bénignes de la peau, par E. Chambard 61
Tumeurs (Nouvelle contribution à l'étude des transformations des) congénitales de la peau, par E. Chambard et Gouilloud. 660
Tumeurs de la peau (Voyez dermatofibromes, cancer).

U

Ulcère de Delhi (De l'), par Murray 726
Ulcères variqueux (Pathogénie des), par Queun. 105
Urticaire paludique (de l'), par A. Verneuil et P. Merklen. 1
Urticaire paludique (Trois observations d'), par Lardier. 213
Urticaire paludique (Observation d'), par O. Guelliot. 451

V

Vaginite (Acide borique dans le traitement de la), par Chéron . . . 615
Végétations des organes génitaux (Traitement des), par Cadell. . . . 367
Vénériennes (Bectéries dans les maladies), par Lustikow 547

X

Xanthomateux (Voyez myome).
Xéroderma pigmentosum, par Kaposi. 29
Xéroderma pimentosum, par E. Vidal. 621

Digitized by Google

Z

Pages.
Zona (Le), par P. Fabre. 600
Zona (Voyez Zoster).
Zoster (Fièvre) et exanthèmes zostériformes, par Landouzy 600
Zoster (Herpès) et en particulier de son étiologie, par Jackson. . . . 175
Zoster (Observation d'herpès), par Wetherill 600

Le Gérant : G. MASSON.

Paris. Société d'imprimerie PAUL DUPONT. 41 rue J.-J.-Rousseau (Cl.) 73.12.83.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

273/1

Digitized by Google